

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 91

---

DES

# POLYPES FIBREUX

*à implantation intra-utérine*

*et de leur relation avec la puerpéralité*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 2 Mars 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**BERNARD GRANDCLÉMENT**

Né le 2 février 1892, à Orgelet (Jura)



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—  
1922



DES  
POLYPES FIBREUX

*à implantation intra-utérine  
et de leur relation avec la puerpéralité*

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Doyen honoraire..... | MM. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....          | J. LEPINE.     |
| Assesseur .....      | ROQUE.         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT.

## PROFESSEURS

|                                                        |                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales.....                               | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales.....                           | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et accouchements.....            | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique.....                          | TIXIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....   | BERARD.         |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....            | COMMANDEUR.     |
| Clinique des maladies des enfants.....                 | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes.....                  | NICOLAS.        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                 | LEPINE (J.).    |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....         | WEILL.          |
| Clinique des maladies des enfants.....                 | POLLOSSON (A.). |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie..... | LANNOIS.        |
| Chimie biologique.....                                 | ROCHET.         |
| Chimie organique et toxicologie.....                   | NOVE-JOSSERAND. |
| Matière médicale et botanique.....                     | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....      | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie .....                                         | MOREL.          |
| Anatomie générale et histologie.....                   | MOREAU.         |
| Physiologie .....                                      | GUIART.         |
| Pathologie interne.....                                | LATARJET.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....             | POLICARD.       |
| Anatomie pathologique.....                             | DOYON.          |
| Médecine opératoire.....                               | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée.....                | MOURIQUAND.     |
| Médecine légale.....                                   | PAVIOT.         |
| Hygiène .....                                          | VILLARD.        |
| Thérapeutique .....                                    | ARLONG (F.).    |
| Pharmacologie .....                                    | Etienne MARTIN. |
|                                                        | COURMONT (P.).  |
|                                                        | PIC             |
|                                                        | FLORENCE (A.).  |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | VALLAS.   |
| — — Propédeutique de gynécologie.....        | CONDAMIN. |
| — — Chimie minérale.....                     | BARRAL.   |
| — — Urologie .....                           | GAYET.    |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                     |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| Anatomie topographique.....                         | PATEL.      |
| Botanique .....                                     | BRETIN.     |
| Embryologie .....                                   | HOVELACQUE. |
| Orthopédie .....                                    | LAROYENNE.  |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.     |
| Stomatologie .....                                  | TELLIER.    |

## AGREGES

| MM.              | MM.                | MM.            | MM.                            |
|------------------|--------------------|----------------|--------------------------------|
| NOGIER.          | GARIN.             | DUROUX.        | CORDIER.                       |
| BRETIN.          | SAVY.              | HOVELACQUE.    | ROUBIER.                       |
| LERICHE.         | FROMENT.           | TRILLAT.       | FAVRE.                         |
| THEVENOT (Léon). | THEVENOT (Lucien). | SARVONAT.      | MURARD.                        |
| TAVERNIER.       | PIERY.             | FLORENCE (G.). | BONNET.                        |
| CADE.            | COTTE.             | ROCHAIX.       | GRAVIER, chargé des fonctions. |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. COMMANDEUR, *Président* ; M. DUROUX *Vice-Président* ;  
MM. TRILLAT et BONNET, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 91

---

DES

# POLYPES FIBREUX

*à implantation intra-utérine*

*et de leur relation avec la puerpéralité*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 2 Mars 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**BERNARD GRANDCLÉMENT**

Né le 2 février 1892, à Orgelet (Jura)



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—  
1922



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A LA MÉMOIRE  
DE MON PÈRE ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

Témoignage de notre affection et de  
notre profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

---

A LA MÉMOIRE  
DE MES CAMARADES MORTS POUR LA PATRIE

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR  
*Professeur de Clinique obstétricale à La Charité*

qui nous a fait le très grand honneur  
de présider notre thèse. Nous le prions  
d'agréer l'expression de notre grati-  
tude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU  
*Médecin accoucheur des Hôpitaux*

Il nous a inspiré le sujet de cette  
étude : il nous a aidé de ses conseils,  
il nous a donné de précieuses indica-  
tions, nous accueillant toujours avec  
une extrême bienveillance. Qu'il daigne  
accepter l'hommage respectueux de nos  
plus sincères remerciements.

AUX MEMBRES DE MON JURY

## INTRODUCTION

Dans l'étude des fibromes, les accoucheurs et les chirurgiens se sont surtout préoccupés des tumeurs fibreuses en général, de leurs complications et de l'obstacle qu'elles pouvaient opposer, soit à l'évolution de la grossesse, soit au travail de l'accouchement. Ils ont moins étudié, sans doute à cause de leur rareté, les fibromes pédiculés sous-muqueux intra-utérins ; en effet, l'étude de cette forme particulière de fibromes n'a été faite qu'à l'occasion des quelques observations publiées et nous n'avons pas trouvé dans la littérature gynécologique et obstétricale de travail spécial traitant de ces tumeurs et de leurs rapports avec la puerpéralité.

Nous avons pu recueillir, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, grâce à l'obligeance de M. le docteur Plauchu, l'observation d'une femme qui, au cours du travail, présentait un corps fibreux dans le vagin, alors que le pédicule du fibrome remontait plus ou moins haut dans l'utérus. Cette observation a présenté diverses particularités intéressantes qui, malgré la rareté de ces cas, méritaient une étude complète : aussi avons-nous jugé intéressant, inspiré en cela par M. le

docteur Plauchu et par ses bienveillants conseils, d'en faire le sujet de notre travail.

Nous avons pu rassembler dans la littérature quelques observations ; nous aidant de ces documents, nous tâcherons de faire une étude aussi complète que possible de ces tumeurs particulières qui peuvent être une cause de phénomènes sérieux, mais qu'un traitement simple peut facilement enrayer.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

# ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

A) ETIOLOGIE. — L'étiologie des tumeurs fibreuses de l'utérus est sans précisions ; nous serons brefs, et nous nous contenterons de rappeler que le professeur Pinard incrimine surtout la *stérilité* comme cause favorisante de l'éclosion et du développement des fibromes.

Voici du reste ce qu'il écrit dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, en 1905 : « L'inobservance de la fonction complète de reproduction est la cause qui favorise le plus l'éclosion et le développement des fibromyomes de l'utérus.

La fertilisation tardive et la stérilité secondaire sont facteurs étiologiques des fibromyomes utérins ».

Nous n'insisterons pas sur cette étude et passerons immédiatement au chapitre d'anatomie pathologique.

B) ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On désigne sous le

nom de *polypes fibreux*, des tumeurs, généralement dures, constituées par un tissu fibromyomateux analogue au tissu du muscle utérin, et qui ont pour caractéristique d'être reliées à la surface interne de l'utérus par un *pédicule*.

Ces polypes ne se forment pas d'emblée, ils ne représentent qu'une étape de l'évolution des fibromyomes sous-muqueux de l'utérus.

Les fibromyomes utérins naissent généralement dans l'épaisseur des parois utérines : on dit qu'ils sont *interstitiels*. Mais bien souvent, ils ne restent pas dans cette position, et ils évoluent soit en dehors vers la séreuse, soit en dedans vers la muqueuse. Quelle est la raison de ces orientations diverses ?

Il semble difficile de l'expliquer ; il est probable qu'il faut voir là, soit la conséquence d'un mode particulier de leur développement, soit la conséquence de leur lieu de germination : nés plus près de la séreuse, c'est de son côté qu'ils évoluent, puisque leur évolution est à la fois concentrique et excentrique ; nés plus près de la muqueuse, c'est alors vers elle qu'ils se dirigeront.

Quoiqu'il en soit, ceux qui évoluent vers la surface interne sont ceux qui nous intéressent : on les appelle *fibromes sous-muqueux*.

Repoussant petit à petit la muqueuse, ils vont faire, vers la cavité utérine, une saillie de plus en plus marquée ; si alors la tumeur s'arrête dans sa progression, elle restera à l'état de fibrome sous-muqueux ; mais si elle continue sa progression, sa base d'implantation se rétrécira de plus en plus et finira par arriver à un degré de rétrécissement tel, que même en cas d'arrêt de développement de la tumeur, un *polype*, au bout d'un certain temps, se trouvera

fatalement constitué : la tumeur, en effet, sous l'action de la pesanteur d'une part, sous l'action des contractions utérines qu'elle déclanche par irritation du muscle d'autre part, finit par être peu à peu énucléée et poussée dans la cavité utérine ; il en résulte un allongement progressif de sa base d'implantation, et la transformation de cette base en un *pédicule* plus ou moins épais et plus ou moins long : Il en résulte une tumeur flottant dans la cavité utérine et reliée à la paroi par un pédicule, en un mot, un polype fibreux.

La tumeur, au début est généralement arrondie, lisse, rarement multilobée par la présence de plusieurs noyaux à son intérieur ; mais elle ne tarde pas à devenir piriforme du fait de l'allongement de son pédicule.

Faisant tout d'abord une légère saillie dans la cavité utérine, elle finit par remplir et distendre cette cavité.

Mais l'utérus ne s'accommode pas longtemps de la présence de ce corps étranger ; il réagit par des contractions qui ont pour but de s'en débarrasser et de le chasser au dehors à travers l'orifice externe et le vagin (Obs. V et XXIV). Comme la tête fœtale au moment du dégagement, il pourra sortir, apparaître ou être perçu par le toucher, puis rentrer, échappant à de nouvelles investigations, donnant ainsi lieu à des apparitions intermittentes et constituant, du reste, la variété des *polypes intermittents* bien décrits par Larcher.

Si son sommet seulement franchit l'orifice du col, il pourra alors être séparé en deux lobes, comme une gourde, par un étranglement siégeant au niveau du col. Cette partie étranglée elle-même pourra parfois s'allonger, s'étirer ; la masse inférieure arrivera dans le vagin et sous cette appa-

rence trompeuse, le polype donnera lieu à des erreurs de diagnostic et à des fautes de thérapeutique : on prendra cette partie étirée du polype pour le pédicule, on en fera la section et croiera à la terminaison de l'intervention alors qu'en réalité l'autre moitié du polype se trouve dans l'utérus.

D'autres fois, la région étranglée franchira l'orifice du col, mais en gardera l'empreinte et si le même phénomène se reproduit, on aura parfois sous les yeux ou sous le doigt, un polype en chapelet.

L'édification de cette forme bizarre intra-vaginale a certainement demandé de longs mois, parfois des années.

Mais il peut arriver, soit à l'occasion d'un effort violent de défécation par exemple, soit à la suite d'une contraction utérine particulièrement intense, qu'un polype intra-utérin soit expulsé brusquement dans le vagin et que la rétraction du canal cervical l'empêche de remonter dans la cavité : il restera intra-vaginal (Obs. XXIV et XXVI).

Quoiqu'il en soit, qu'il soit arrivé à ce stade progressivement ou brusquement, le polype pourra subir à ce moment un volumineux accroissement et devenir « énorme » selon l'expérience de Pozzi.

« Le plus souvent, arrivés à cette période, les polypes entraînent des accidents tels qu'ils provoquent une intervention, avant que le volume soit devenu bien considérable et dépasse de beaucoup les dimensions d'un œuf de poule ou d'une petite orange. Exceptionnellement, leur grosseur acquiert des proportions plus volumineuses, et cette circonstance entraîne des conséquences telles au point de vue clinique et opératoire, qu'il importe d'attirer spécialement l'attention sur cette variété de corps fibreux pédiculés. Je

propose d'appeler *énormes polypes* ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres. »

Ces tumeurs volumineuses sont en général uniques, à cause même de leur grand développement ; leur volume peut aller de la grosseur d'une grosse orange à celle d'une tête de fœtus et davantage (Obs. XVII et XXIV) ; elles sont généralement ovoïdes ou arrondies, lisses, de couleur rougeâtre.

Quant aux polypes de moyen volume, ils seraient, suivant certains auteurs, fréquemment multiples et il ne serait pas rare de constater les signes d'une nouvelle tumeur quelques temps après l'ablation de la première. Nous ferons remarquer que cette éventualité ne prouve nullement l'existence de deux polypes au moment de l'opération, mais seulement la coexistence d'un polype et d'un myome sous-muqueux, myome qui, par le même mécanisme que le premier finit par se pédiculiser.

Nous ne parlerons pas de la consistance qui d'habitude, au début de leur évolution surtout, est dure, fibroïde, les myomes à prédominance fibreuse ayant plus de tendance à se pédiculiser que les myomes de consistance molle.

Nous ne pouvons omettre par contre leur vascularisation très riche qui les met à l'abri des altérations de texture lorsque, bien entendu, leur pédicule est intact, et qui pourrait, dans une certaine mesure, expliquer les apparitions intermittentes et périodiques des polypes au moment des règles.

*Le pédicule*, en effet, renferme les vaisseaux nourriciers de la tumeur ; c'est par son intermédiaire que le polype

puise ses aliments dans l'organisme : il est donc de toute nécessité d'en faire l'étude.

Au début de sa formation, le pédicule est relativement court, gros, de la grosseur du poignet parfois, la tumeur étant presque accolée à la paroi utérine ; il est alors formé d'une masse centrale myomateuse plus ou moins vasculaire, recouverte d'un revêtement de muqueuse utérine ; les vaisseaux qui entrent dans sa constitution peuvent être d'un volume important.

Puis, au fur et à mesure que la tumeur descend vers le vagin, le pédicule s'allonge, s'étire et perd naturellement en épaisseur ce qu'il gagne en longueur ; les fibres musculaires qui le constituaient en grande partie au début, finissent par s'atrophier : il ne subsiste plus que la muqueuse à la périphérie, des vaisseaux de calibre réduit au milieu d'éléments cellulaires et fibreux ; il n'a plus guère parfois que les dimensions du petit doigt ou d'un porte-plume. D'après Pozzi, « il contient rarement de gros vaisseaux artériels ; lors même qu'il en existe, ils présentent un épaissement de leurs parois et jouissent d'une rétractilité qui, jointe à la contractilité du pédicule lui-même, assure rapidement l'hémostase spontanée, lorsqu'on vient à les sectionner ».

Exception doit être faite cependant pour les « énormes polypes ». « Le pédicule de ces gros polypes est lui-même ordinairement très épais. Il ne saurait en être autrement pour qu'ils reçoivent les matériaux indispensables à leur nutrition et pour que leur poids, joint aux contractions du col, n'entraîne pas la rupture du lien qui les rattache à l'utérus.

« Quelle que soit l'épaisseur de ce pédicule, il ne suffit

pas indéfiniment à la nutrition d'une tumeur volumineuse exposée à des tiraillements et à des irritations incessantes. Aussi a-t-on pu observer sa dégénérescence nécrobiotique commençant par le ramollissement, l'infiltration œdémateuse et se terminant par la gangrène ».

L'insertion du pédicule à la paroi utérine, c'est-à-dire sa *base d'implantation* peut se rencontrer sur tous les points de la muqueuse ; mais on la trouve particulièrement sur le corps de l'utérus, plus ou moins haut sur le fonds ou sur une des faces, d'ordinaire sur la face postérieure.

Mais elle peut se trouver aussi sur le col, soit dans sa portion sus-vaginale, soit dans sa portion vaginale, sur la lèvre antérieure ou la lèvre postérieure ; si bien que si nous voulions schématiser, nous pourrions distinguer trois variétés de polypes suivant leur base d'implantation :

Polypes du corps, polypes de la portion sus-vaginale, et polypes de la portion vaginale du col.

Les polypes du corps peuvent rester dans la cavité utérine, dilatant quelquefois l'utérus sans sortir de sa cavité ; évoluant plus souvent vers l'orifice du col, et vers le vagin.

Les polypes de la portion sus-vaginale ont une tendance marquée à évoluer vers le bas, de même, du reste que ceux de la portion vaginale ; mais une différence énorme les sépare : l'action défavorable et parfois dangereuse du canal cervical s'exercera sur les premiers, mais ne pourra s'exercer sur les seconds ; ces derniers, en outre, pourront parfois donner lieu à des erreurs de diagnostic auxquelles échappent, par contre, les premiers : tirant, en effet, sur une lèvre du col, celle-ci s'allongera d'une façon

anormale donnant ainsi naissance à un pseudo-pédicule. (Obs. XX.)

Quel que soit enfin le point d'implantation, on voit à ce niveau la muqueuse utérine s'évaginer pour former une gaine à la masse charnue du pédicule et à la tumeur. On comprend, dès lors, que les tractions continuelles exercées par cette tumeur sur sa base d'implantation, c'est-à-dire sur la muqueuse, ne seront pas sans retentir gravement sur cette membrane ; et nous pouvons, dès maintenant, prévoir le résultat de ces tiraillements et de leur irritation consécutive, prévoir même l'inversion de l'utérus.

Il est facile de comprendre le mécanisme de la production des hémorragies à répétition. Toutes les fois que la tumeur sera mobilisée, son mouvement se répercutera sur la muqueuse utérine ; les petits vaisseaux qui rampent autour de la base d'implantation seront tirillés, étirés constamment en tous sens, si bien que leur tunique, à la suite de ces traumatismes répétés, se laissera déchirer et le sang s'écoulera. Du reste, à la suite de ces irritations continuelles, la muqueuse s'épaissit, devient rouge, violacée, ecchymotique, parfois hérissée de villosités, ou parsemée de fongosités de volume variable. Ces végétations sont parfois constituées par des vaisseaux extrêmement dilatés dont la rupture peut expliquer également la fréquence des hémorragies (Obs. V, X, XV).

La transformation kystique des glandes ou leur hypertrophie et leur multiplication, les phénomènes d'endométrite concomitants expliquent la leucorrhée abondante accompagnant le plus souvent les polypes (Obs. V).

Nous avons vu par quel mécanisme se constituent les

polypes fibreux, nous avons étudié la tumeur, le pédicule et la base d'implantation ; il nous reste à faire l'étude des *altérations* que ces polypes peuvent subir.

La première à signaler parmi ces altérations est la dégénérescence nécrobiotique de la tumeur, variété de dégénérescence aseptique se produisant, logiquement, sur les tumeurs dont la muqueuse (cette barrière à l'infection), est encore intacte et peu altérée, vierge en tous cas de contact septique.

Cette nécrobiose de la tumeur se produit par ischémie. Elle pourra donc s'observer :

1° Sur les polypes intra-utérins, à la suite de l'accouchement (Obs. XXIII) ; la circulation, en effet, à ce moment, par suite de l'involution utérine, se trouve presque supprimée, soit par thrombose, soit par un phénomène mécanique ; le fibrome n'est plus qu'un corps étranger à circulation insuffisante, et subit une destruction amicrobienne : il se nécrobiose.

2° Sur les polypes utéro-vaginaux ou vaginaux. Là, le mécanisme de la nécrobiose est le même en principe, mais la cause déterminante de l'ischémie est différente :

Un polype engage son sommet dans l'orifice du col sous l'influence d'une contraction utérine ; l'utérus revenant sur lui-même, étrangle au niveau du col la partie herniée qui s'hyperémie considérablement, puis se trouve finalement privée de circulation. Si l'intervention microbienne ne se produit pas, la tumeur subit la dégénérescence nécrobiotique.

Les polypes arrivés dans le vagin subissent la même altération par constriction du pédicule au niveau de l'anneau cervical.

La tumeur peut se tordre sur son pédicule et la nécrose se produit encore plus rapidement.

La seconde altération non moins importante, peut-être même plus fréquente est la mortification avec suppuration consécutive et parfois gangrène par anaérobies.

Un polype intra-utérin peut subir la mortification aseptique consécutivement à l'oblitération de ses vaisseaux nourriciers ; si à ce moment la muqueuse se trouve éraillée, si une escharre se forme à la surface par suite d'un trouble dans la vascularisation, les microbes de la cavité ou ceux du vagin peuvent envahir la tumeur et trouver là un terrain favorable à leur développement : ce sera la suppuration compliquant la gangrène.

Pour le polype intra-vaginal, même mécanisme, avec des conditions beaucoup plus favorables encore à la suppuration : frottements incessants et flore microbienne luxuriante du vagin.

Et c'est alors qu'on assistera à l'élimination spontanée de la tumeur, soit en masse (Obs. III et XVIII), soit plus souvent par débris sphacelés pouvant faire songer à un cancer.

A côté de ces altérations importantes, nous ne ferons que mentionner la dégénérescence sarcomateuse qui, cependant, mérite sa place ; les dégénérescences œdémateuse, graisseuse, myxomateuse ; la transformation calcaire ; enfin la dégénérescence cancéreuse très rare et qui, lorsqu'elle s'observe, est plutôt un envahissement du tissu fibreux par un épithélioma du corps de l'utérus.

---

## CHAPITRE II

---

# SYMPTOMATOLOGIE

---

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Les polypes fibreux déterminent souvent des symptômes particuliers qui permettent de soupçonner leur présence : ce sont les symptômes fonctionnels ou signes de probabilité.

Ce sont des *ménorragies abondantes* et prolongées qui ouvrent la scène la plupart du temps ; les *métrorragies* leur succèdent, ou existent seules sans modification des règles (Obs. I, V, IX, X, XV, XVII, XXI) ; ce sont des hémorragies souvent abondantes, répétées, prolongées, ne cédant même pas par le repos au lit et résistant aux différents traitements ; elles peuvent, dans ces cas, sinon par leur abondance, du moins par leur répétition, conduire les femmes à un certain degré d'anémie. On cite même quelques cas de mort consécutifs à l'ouverture de gros sinus veineux : ces cas sont tout à fait exceptionnels. Les hémorragies sont le plus souvent continues, sans abondance extrême, avec des phases d'arrêt plus ou moins complètes.

Le second symptôme observé et qui coïncide parfois avec les hémorragies est la *leucorrhée*.

Cette sécrétion anormale de la muqueuse utérine est

abondante dans les cas de myomes sous-muqueux et surtout de polypes fibreux ; dans certains cas elle est même d'une abondance telle qu'on l'a qualifiée d'hyrorrhée : c'est alors une hypersécrétion aqueuse continue, obligeant les malades à se garnir continuellement de serviettes ; mais ce liquide séreux est habituellement inodore, ce qui permettrait, entre parenthèses, de faire le diagnostic avec la leucorrhée du cancer (Obs. V, XVII, XVIII). Par contre, lorsque le polype est intra-vaginal et emprisonne derrière lui des caillots, la sécrétion peut être fétide ; plus fétide encore si le polype s'est sphacélé : c'est alors que la confusion avec un cancer du col est facile.

Les *douleurs* sont représentées par une sensation de pesanteur dans le petit bassin, de gêne, de tiraillements lombo-abdominaux, de tension dans les veines variqueuses des membres, du ténesme anal et vésical, symptômes surtout marqués pendant la période prémenstruelle (Observations XIV, XVIII et XXI). Mais ce qui caractérise particulièrement le polype, ce sont :

1° De véritables coliques utérines rappelant les douleurs de l'avortement et coïncidant généralement avec la pédiculisation d'un fibromyome sous-muqueux ;

2° Des douleurs expulsives, symptomatiques de la présence d'un polype constitué. (Obs. IV).

{ Les contractions utérines chassent le polype en le dirigeant vers l'orifice interne du col ; arrivé à ce niveau, il provoque, par excitation des ganglions nerveux, de nouvelles contractions qui, après plusieurs périodes pendant lesquelles le pédicule s'allonge, finissent par dilater suffisamment le col pour permettre à la tumeur d'arriver dans le vagin.

Mais ce travail ne se termine pas en un jour (le pédicule, en effet, n'est pas élastique), si bien qu'il est possible d'assister à des apparitions et disparitions répétées et alternatives du polype, celui-ci émergeant du museau de tanche pendant les douleurs, rentrant dans la cavité pendant les périodes de repos de l'utérus. La tumeur étant expulsée dans le vagin, les douleurs diminuent, ou disparaissent.

Nous ne pouvons distraire de la symptomatologie les phénomènes de compression que sont susceptibles de produire les polypes sur les organes voisins, phénomènes qui, par leur intensité, peuvent quelquefois devenir de véritables complications (Obs. XVII).

Nous savons que les polypes, logiquement et par définition ont tendance à rester au-dessous du détroit supérieur ou à descendre dans le vagin. Par conséquent, si leur pédicule est court, gros et épais, et que leur volume arrive à égaler celui d'une tête de fœtus, ils comprimeront plus ou moins l'intestin, la vessie, les uretères, les veines, les nerfs, avec la série des accidents inhérents à ces différentes compressions :

Constipation chronique avec intoxication intestinale ; pollakiurie, dysurie et rétention aiguë ; pyélite suppurée, albuminurie, néphrite et même phénomènes urémiques pouvant disparaître à la suite de l'ablation du polype fibreux ; hémorroïdes, œdème et thrombose ; névralgies, sciatiques. La dysurie serait particulièrement fréquente : West l'a notée 35 fois sur 96 observations ; et notons que la compression du col de la vessie remontée au-dessus du pubis peut produire une distension chronique de l'organe qui en a imposé pour un kyste de l'ovaire.

La *dysménorrhée* mérite aussi sa place dans la symp-

tomatologie ; on conçoit très bien, en effet, qu'un polype, appuyant à un moment donné de son évolution sur l'orifice interne du col puisse apporter à l'écoulement du sang et des sécrétions un obstacle sérieux : poussé par les contractions utérines, il joue le rôle de soupape et obture l'orifice ; si cette barrière persiste un certain temps, « les liquides retenus au-dessus du polype se corrompent et ne sont guère évacués que par regorgement ou pendant un mouvement brusque de la malade ; c'est alors un écoulement fétide qui peut être pris pour l'ichor cancéreux et conduire ainsi à des erreurs de diagnostic ; de là aussi une septicémie lente par résorption de ces matériaux putrides qui, surajoutée à l'anémie et favorisée par elle, amène les malades à une véritable cachexie. » (Pozzi.) (Obs. XVII).

SIGNES PHYSIQUES. — Les signes fonctionnels sont extrêmement variables ; ils diffèrent suivant le volume, le siège, la consistance de la tumeur et, de ce fait, ne peuvent être que des signes de probabilité.

Il n'en est pas de même des signes physiques qui lorsqu'ils sont nets, peuvent être considérés comme des signes de certitude.

Le polype fibreux, en effet, offre des caractères spéciaux qui permettent généralement, avec l'aide des signes fonctionnels, de faire le diagnostic ; mais il faut bien savoir qu'on a vu des cas extrêmement embarrassants auxquels des gynécologues distingués ne purent donner de solution.

On doit citer, parmi les signes physiques, l'agrandissement de la cavité utérine dont les dimensions peuvent s'élever à 10, 15 et 20 centimètres. Ce signe, sans grande valeur du reste, ne doit pas être recherché sans attention,

car il nécessite, bien entendu, l'hystérométrie, manœuvre dont il faut, en général, s'abstenir.

Les accidents qu'elle peut entraîner sont, en effet, nombreux et quelquefois graves : avortement, dans le cas de grossesse méconnue ou dissimulée, exaltation de virulence des germes par suite du traumatisme exercé sur une muqueuse enflammée, infection surajoutée par transport des germes du vagin, sphacèle et suppuration du polype par érosion de sa muqueuse protectrice.

La constatation de la tumeur et de son pédicule, soit par le toucher seul, soit par le toucher combiné au palper, est évidemment le meilleur signe.

Le toucher peut suffire à faire le diagnostic d'un polype vaginal, avec son pédicule s'insérant sur une lèvre du col ou dans le canal cervical, ou remontant plus haut dans la cavité utérine; il permettra de percevoir un polype du col à travers l'orifice externe avec son court pédicule ; dans les deux cas, le doigt explorateur pourra faire le tour de la tumeur, percevoir le col, ses lèvres, son degré d'effacement, la dilatation plus ou moins accusée de son orifice interne.

Mais lorsqu'il s'agit d'un polype de la cavité, il faut avoir recours au toucher et palper combinés, et même au toucher intra-utérin si le col est perméable, afin de percevoir le signe caractéristique : le pédicule. Il sera quelquefois nécessaire, pour pénétrer assez haut, de procéder à la dilatation du col. Ajoutons que l'examen au spéculum pourra rendre des services, permettant de constater *de visu* la tumeur, les modifications qu'elle peut présenter, particulièrement dans les cas de polypes énormes, quelquefois une inversion compliquée de fibrome.



## CHAPITRE III

---

# EVOLUTION COMPLICATIONS. PRONOSTIC.

---

Avant la puberté, les polypes fibreux ne s'observent jamais ; ils font leur apparition pendant la période d'activité génitale.

Ils évoluent rarement d'une façon insidieuse ; même au début de leur évolution, même lorsqu'ils sont petits, ils trahissent rapidement leur présence par des hémorragies abondantes, répétées, des douleurs. En outre, ils augmentent parfois rapidement de volume, surtout après quarante ans et au moment de la ménopause, époque à laquelle ils peuvent prendre une marche extrêmement rapide, contrairement à l'opinion de certains auteurs qui escomptent à ce moment une régression physiologique (cependant possible).

On trouve dans la littérature obstétricale et gynécologique, des cas non douteux de résorption complète de

polypes fibreux, à la suite soit de traumatismes, soit de processus inflammatoires, soit sans cause apparente, mais surtout après l'accouchement (Obs. VII et VIII).

Parmi les modes de guérison il faut placer, à côté de la résorption, l'expulsion naturelle de la tumeur dans le vagin (Obs. XXVI), puis au dehors à la suite de la rupture du pédicule (Obs. III et XVIII), sa destruction et élimination par suppuration et gangrène. Malheureusement si cette dernière éventualité s'effectue parfois sans accidents, il n'en est pas toujours ainsi : la nécrose de la tumeur retentit fatalement sur l'état général de la femme qu'on peut voir succomber à une septicémie lente ou suraiguë.

PRONOSTIC. — Nous avons pu voir que les polypes fibreux de l'utérus, par leur évolution souvent heureuse et leur absence de généralisations, méritent de conserver leur qualificatif de tumeurs bénignes et, cependant, aujourd'hui, la plupart des chirurgiens les considèrent comme des tumeurs d'un pronostic sérieux dont il faut débarrasser la malade au plus tôt afin de la mettre à l'abri des complications dangereuses auxquelles elles peuvent donner lieu : abondance, répétition des hémorragies, anémie consécutive, épuisement de la malade, phlébite des utérines, phlébite des membres et embolies, salpingite suppurée, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, suppuration, gangrène de la tumeur ; occlusion intestinale, pyélonéphrite suppurée, transformation maligne.

---

## CHAPITRE IV

---

# DIAGNOSTIC

---

En dehors de la triade symptomatique : hémorragies, leucorrhée, douleurs, le diagnostic ne peut se fonder que sur les résultats de l'examen direct.

Celui-ci est simple quand le col est dilaté et la tumeur engagée entre les lèvres du col, *a fortiori* quand elle fait saillie dans le vagin ; il suffira, en effet, dans le plus grand nombre des cas de percevoir autour du polype un cul-de-sac circulaire avec le bourrelet du col, et de reconnaître le pédicule.

Nous ne parlerons pas de l'erreur qui consiste à confondre un polype arrivé à la vulve avec un kyste, un polype ou un fibromyome du vagin : le toucher renseignera sur l'insertion du pédicule.

Le *diagnostic différentiel*, dans le cas de tumeur perçue dans le vagin, est cependant quelquefois difficile ; il est à faire, en effet :

1° Avec un fibrome sessile du col utérin à développe-

ment vaginal. On perçoit au toucher l'implantation large de la tumeur sur une des lèvres du col, l'amincissement de la lèvre opposée, l'orifice du col en avant ou en arrière de la tumeur (Obs. XXVII).

2° Avec un polype venu du corps utérin : la perception du pédicule, de sa direction et de sa pénétration dans l'orifice du col, le bourrelet cervical circulaire trancheront le diagnostic (Obs. I, X, XI, XIV, XVII, XIX, XXIII).

3° Avec le corps de l'utérus inversé ; on peut, en effet, prendre le sommet du polype pour le fond de l'utérus ou réciproquement :

L'erreur est facile et d'autant plus facile que le polype en s'engageant dans le vagin a pu attirer avec lui le fond de l'organe sur lequel il est implanté. D'après Pozzi, « l'inversion peut être méconnue dans deux conditions ; ou bien elle complique un polype ou un corps fibreux sous-muqueux qui seul attire l'attention, ou bien elle existe seule et l'étranglement de l'organe inversé au niveau du col simule le pédicule. » (Obs. VII, XIV, XX et XXIV).

Qu'il s'agisse d'une inversion utérine au deuxième degré ou d'un polype, la sensation est, en effet, la même : une tumeur encerclée par un bourrelet cervical.

Mais un examen attentif permet d'éviter l'erreur : entre la tumeur et le col existe, en effet, s'il y a inversion, un sillon circulaire complet où il est impossible d'enfoncer l'hystéromètre partout arrêté à la même profondeur, et le palper combiné au toucher montre l'absence du corps utérin à sa place normale, signe capital.

On a signalé la sensibilité spéciale de l'utérus à la pression ; ce serait, d'après Denucé, « une douleur ayant

quelque chose de poignant, allant au cœur » ; or, le fibrome ne serait pas sensible.

Il est facile de concevoir toute l'importance d'un semblable diagnostic au point de vue du traitement, et la nécessité de s'entourer de toutes les garanties avant d'entreprendre une intervention qui, en cas d'erreur, pourrait conduire à un véritable désastre.

Le polype étant encore dans l'utérus, et encore inaccessible au doigt, on pourra facilement attribuer les hémorragies à une endométrite hémorragique et méconnaître la tumeur : l'exploration bi-manuelle montrera l'augmentation de volume du corps utérin.

Le polype intra-utérin ne pourra être distingué du fibrome sessile sous-muqueux que par la présence du pédicule constaté par exploration directe.

Les polypes à apparitions intermittentes pourraient être méconnus si l'on n'avait soin de faire l'examen pendant la période cataméniale ou encore, après dilatation. Ils donnent souvent lieu à des erreurs d'interprétation.

Enfin, il est deux erreurs à éviter :

1° Prendre un écoulement purulent fétide, provenant de la stagnation des sécrétions de la muqueuse utérine au-dessus d'un polype oblitérant, pour un ichor cancéreux.

2° Prendre un polype sphacélé à l'orifice externe pour un cancer du col. L'erreur est d'autant plus facile que les symptômes fonctionnels sont les mêmes et que parfois le mauvais état général avec cachexie et teinte jaune paille se retrouvent dans les deux cas.

Ajoutons enfin l'erreur possible avec un corps placentaire plus ou moins dur en voie d'expulsion et affleurant l'orifice externe du col. Dans ce cas, l'arrêt des règles

et les signes habituels d'une grossesse au début permettront de découvrir l'origine de cette masse placentaire et de ne pas la confondre avec un polype fibreux pédiculé.

D'ailleurs, certains débris placentaires s'éliminent plus ou moins tardivement par le même mécanisme que les fibromes pédiculés et constituent des polypes placentaires : ils sont moins volumineux, bien moins consistants, leur pédicule plus mince et plus fragile. Après leur ablation, on les reconnaîtra facilement.

---

## CHAPITRE V

---

# RAPPORTS DES POLYPES FIBREUX AVEC LA PUERPÉRALITÉ

---

1° INFLUENCE SUR LA FÉCONDATION. — Les observations des cas que nous étudions sont extrêmement rares au cours de la grossesse et du travail. Elles sont, au contraire relativement fréquentes en dehors de la grossesse dans les services de gynécologie; il est donc probable que l'existence d'un polype intra-utérin apporte à la fécondation une restriction importante. On comprend, d'ailleurs, facilement que l'existence d'une masse remplissant plus ou moins la cavité utérine, l'existence de phénomènes endométritiques qui l'accompagnent, empêchent, dans une mesure étendue, la greffe et la nidation de l'œuf.

Il est probable que lorsque le fibrome est inséré bas,

et en particulier lorsque la masse fibreuse est déjà pendante dans le vagin, laissant libre la cavité du corps utérin, les conditions sont plus favorables à l'apparition d'une grossesse. On pourrait même admettre, et ce détail ne peut pas être éclairci par les observations que nous avons recueillies, que la grossesse ne survient presque exclusivement que dans ce dernier cas. Rappelons toutefois que dans trois de nos observations, une masse fibreuse pédiculée a été constatée par la délivrance artificielle dans le fond de l'utérus au cours de la grossesse et même de deux grossesses successives (Obs. X, XIV et XXV).

2° INFLUENCE SUR LA GROSSESSE. — Nous ne pouvons préciser dans quelle mesure une grossesse évoluant dans de tels utérus peut aboutir à une interruption spontanée par une fausse couche. On peut considérer comme certaine l'existence fréquente d'avortements relevant de cette cause chez des femmes dont on constatera, plus ou moins tard après, l'existence d'un polype. En général, le cours de la grossesse est interrompu avant terme. C'est ainsi que dans six de nos observations (Obs. I, III, V, VI, XXI, XXIII) l'accouchement eut lieu :

Une fois à sept mois (Obs. I), une fois à sept mois et demi (Obs. VI), une fois à huit mois (Obs. XXI). Nous notons aussi plusieurs avortements dont un avec expulsion du polype (Obs. III), un à deux mois (Obs. XXIII), un dans l'Obs. V, et trois enfin chez la même femme, dans l'observation VI.

Ainsi, sur vingt-trois de nos observations *se rapportant à la grossesse*, nous notons quatre avortements et

trois accouchements prématurés ; et encore convient-il de remarquer que sur ces vingt-trois observations, nous en trouvons quatorze dans lesquelles le pédicule du polype s'insérerait sur le col.

Dans ces cas, la grossesse évolua jusqu'à terme ; ceci semblerait montrer que les polypes du corps et des faces de l'utérus ont une influence beaucoup plus marquée sur le cours de la grossesse que les polypes à base d'implantation cervicale et évolution vaginale. Et cependant (Obs. XXVIII), au cours de deux grossesses, un fibrome sous-muqueux, plus ou moins pédiculé, a été constaté au cours de l'exploration intra-utérine, et a permis deux grossesses à terme. Quoiqu'il en soit, les quelques observations que nous rapportons semblent bien prouver l'influence néfaste des polypes fibreux sur l'évolution de la grossesse.

3° INFLUENCE SUR LE TRAVAIL. — Au moment du travail, les phénomènes auxquels on peut assister du fait de l'existence d'un polype fibreux sont extrêmement variables. Ils dépendent, en effet, du siège de la tumeur, de sa base d'implantation, de la longueur de son pédicule, de la puissance du muscle utérin, de la résistance des parties molles ; bref, une quantité de facteurs qu'il serait trop long d'envisager interviennent dans le mécanisme de l'accouchement compliqué de polype. Nous nous contenterons donc d'examiner les principales éventualités qui peuvent se produire.

Α) *Hémorragies*. — On observe assez fréquemment des hémorragies ; elles font naturellement songer à un placenta prævia (Obs. I), et l'erreur est facile à com-

mettre à un examen superficiel lorsque le polype se trouve à l'orifice externe du col ou dans le vagin. Deux de nos observations les mentionnent : dans l'observation XII, hémorragie assez considérable accompagnant la descente de la tumeur ; dans l'observation X, le travail débute par une hémorragie.

B) *Issue de la tumeur hors la vulve.* — On peut voir le polype s'échapper brusquement hors de la vulve restant pendu entre les cuisses de la malade, comme dans les observations I, XII, XIII, XVI, où la sortie du polype au dehors précéda de quelques instants la sortie de l'enfant.

C) *Engagement de la présentation.* — Il est de toute évidence qu'un polype à court pédicule, siégeant au niveau du segment inférieur ou au niveau de l'orifice cervico-utérin pourra, suivant son volume, gêner plus ou moins l'engagement de la présentation. Un exemple nous en est donné dans l'observation XI, où l'engagement ne put se faire.

D) *Manière dont se fait la terminaison.* — Si les polypes sont parfois un obstacle à l'engagement de la présentation, il est des cas où cet obstacle disparaît spontanément :

a) Soit par la rupture du pédicule et le détachement de la tumeur (Obs. III), f. c., éventualité plutôt rare ;

b) Soit par expulsion de la tumeur au-devant du fœtus qui la refoule sans rompre son pédicule, comme en témoignent les observations I, VI, VIII, XIII, XVI, XX,

XXI, XXII ; l'observation II, où il est fait mention de la reproduction de ce phénomène à trois couches successives ; l'observation IV, où la tumeur est poussée par le fœtus à cinq accouchements successifs ; l'observation XII, où l'on voit la tumeur se détacher au moment du passage des épaules.

c) Mais cette éventualité heureuse ne se produit pas toujours et le fœtus peut être arrêté dans sa progression par la tumeur elle-même serrée entre les parois de l'excavation et la présentation, et n'évoluant ni vers le haut, ni vers le bas. Tel est le cas de l'observation XI où l'enclavement de la tumeur fut tel qu'il nécessita, pour terminer l'accouchement, la perforation du crâne et la céphalotripsie avec mort de la mère ; il est vrai que dans le cas particulier, le diagnostic de polype était difficile et l'accoucheur, pensant à un myome interstitiel, n'eut pas l'idée de rechercher le pédicule. Cette observation est ancienne, et il est bien évident qu'aujourd'hui la conduite de l'accoucheur, en l'occurrence, eût été tout à fait différente ; le diagnostic étant hésitant, une intervention chirurgicale par la voie vaginale aurait, en effet, permis, soit de procéder à la myomectomie comme dans l'observation de M. le docteur Voron (Obs. XXVII), soit de découvrir le pédicule et de le sectionner.

Dans l'observation XIX, l'auteur, devant l'arrêt du travail, dût faire une application de forceps : il découvrit ensuite, à l'occasion de la délivrance artificielle, un polype inséré sur le fond utérin.

L'observation VI n'est pas un exemple typique d'obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement, mais il est intéressant de noter, dans ce cas, la sortie de la

tumeur (déjà dans le vagin) hors la vulve par suite de la traction opérée par la sage-femme sur les pieds du fœtus.

4° *Influence sur la délivrance.* — Les polypes fibreux, par l'endométrite concomitante, par les contractions exagérées qu'ils peuvent déterminer, ainsi que par l'augmentation de la durée du travail, exposent à l'inertie utérine, aux adhérences placentaires et, par conséquent, aux hémorragies de la délivrance. Ce sont surtout les polypes intra-utérins à court pédicule qui peuvent provoquer ces phénomènes. En effet, si la délivrance se produit naturellement dans un grand nombre des cas de polypes à long pédicule expulsés au-devant du fœtus (Obs. I, II, VI, VIII XIII, XVI, XX, XXI, XXII), il n'en est pas de même lorsque le polype se trouve dans la cavité utérine, et à fortiori lorsque le placenta est inséré à son niveau. Son adhérence peut alors être totale (fait du reste extrêmement rare) sans hémorragie (Obs. XXV), rendant son extraction manuelle extrêmement laborieuse; ou bien le plus souvent partielle, donnant alors lieu à des hémorragies parfois considérables (Obs. X, mort de la femme; Obs. XIX); nécessitant presque toujours la délivrance artificielle (Obs. XVIII).

5° *Influence sur les suites de couches.* — Lorsqu'un polype a été expulsé spontanément au cours du travail, ou enlevé par section de son pédicule, les suites de couches sont généralement normales (Obs. I, VI, XII, XIX, XX, XXII, XXV). On peut cependant voir apparaître une infection, soit locale et bénigne avec légère ascension de la température aux environs de 38° comme dans notre observation I, cédant rapidement en deux ou trois jours :

— soit une infection généralisée suraiguë avec mort rapide surtout si la malade a été épuisée par un travail prolongé (Obs. IV); ce fait est extrêmement rare.

Quoiqu'il en soit, l'infection se comprend facilement et s'explique, même lorsque toutes les précautions ont été prises, par la septicité plus grande du vagin, septicité due à la présence d'une tumeur plus ou moins exulcérée dans cette cavité. Cette infection survient encore avec plus de facilité après l'expulsion spontanée des polypes; car dans ce cas, la muqueuse est déchirée au niveau de la rupture du pédicule, et la voie se trouve grande ouverte aux agents microbiens.

Il est bien évident que si le diagnostic de polype intra-utérin n'a pas été fait, ou si on a méconnu un petit polype intra-vaginal, on pourra voir survenir des complications dont les plus importantes sont :

A) Des hémorragies; elles pourront être légères comme dans les observations XIV et XXI, ou très graves mettant la vie de la femme en danger comme dans les observations IX et XVII.

B) Des phénomènes septiques, encore plus fréquents peut-être; la tumeur en effet, plus ou moins traumatisée au cours de l'accouchement, subira la gangrène ou la suppuration, complication grave, entraînant la mort de la femme si l'on n'intervient pas.

Telle est l'influence immédiate des polypes fibreux de l'utérus sur les suites de couches. Mais quel sera l'avenir de ces malades? Les quelques observations que nous avons pu recueillir ne nous permettent pas de préciser sur ce

point. — Dans notre observation, nous ne notons aucun trouble utérin trois mois après l'accouchement; l'utérus a une volume normal, il est en attitude normale et rien ne nous autorise à penser à l'existence d'un fibrome dans ses parois ou d'un autre polype dans sa cavité; — il est fort possible qu'un autre polype apparaisse d'ici quelques mois ou au cours d'une nouvelle grossesse : rien pour le moment ne permet de le prévoir.

---

## CHAPITRE VI

---

# OBSERVATIONS

---

Au cours de nos recherches nous avons recueilli vingt-sept observations; c'est dire que les cas que nous étudions sont rares sans doute parce que les polypes amènent une restriction importante dans l'apparition de la grossesse.

D'autre part, la plupart des observations que nous avons trouvées sont des observations anciennes, datant de longues années; il semblerait donc que de nos jours ces faits cliniques soient encore plus rares qu'ils ne l'étaient autrefois. Peut-être ce fait est-il dû à ce que les petites hémorragies qui accompagnent ces polypes fibreux incitent les malades à se faire soigner plus tôt dans les services de gynécologie où elles trouvent mieux qu'autrefois des ressources chirurgicales exemptes de dangers.

Nous avons ajouté à nos observations une observation du docteur Voron (Obs. XXVII) et une observation du docteur Gonnet (Obs. XXV), qui ne rentrent pas directe-

ment dans le cadre des polypes fibreux à implantation utérine, mais qui s'en rapprochent d'une façon évidente.

Dans l'observation du docteur Voron, il s'agissait d'un fibrome à implantation cervicale qui a causé un obstacle à l'accouchement et a nécessité la myomectomie préalable.

Dans l'observation du docteur Gonnet, il s'agissait de deux fibromes sous-muqueux très saillants dans la cavité utérine non encore au stade de polype avec pédicule, mais qui vraisemblablement seraient devenus tels dans l'avenir, si l'énucléation de ces fibromes n'avait pu être pratiquée au moment de la délivrance artificielle.

#### OBSERVATION I

(De M. le Docteur PLAUCHU, prise dans son service à la Maternité de l'Hôtel-Dieu)

##### **Polype fibreux à implantation intra-utérine au cours d'une grossesse**

P..., née Ol..., 37 ans. Multipare. N'a jamais été malade.

Réglée à 13 ans 1/2. Jusqu'à sa première grossesse en 1909, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 25 ans, les règles ont été peu abondantes et irrégulières, se renouvelant fréquemment deux fois par mois; elles étaient composées d'un sang fluide, sans caillots.

*Première grossesse en 1909.* — Accouchement à terme et sans aucune complication; l'enfant (une fille) était mort *in utero* depuis trois à quatre jours. Délivrance naturelle sans hémorragie. Retour de couches quatre semaines après l'accouchement.

Les règles, à partir de ce moment, deviennent normales, régulières et d'une durée de trois à quatre jours.

Au début de l'année 1910, la malade a une *fausse couche*; elle expulse en un temps, après une petite hémorragie, un œuf de trois mois; les suites sont normales.

*Troisième grossesse en 1910.* — Accouchement à sept mois en mars 1911, à la Maternité de la Charité. Naissance de deux jumeaux (1 garçon, 1 fille). Morts *in utero* depuis quelques jours.

Délivrance naturelle sans complication. Retour de couches un mois après. Les règles restent normales.

*Quatrième grossesse en 1913.* — Accouchement à terme et sans complication à la Maternité de la Charité en 1914. Naissance d'une fille chétive; âgée actuellement de sept ans 1/2 et en bonne santé. Délivrance naturelle. Retour de couches un mois après. Règles normales.

*Cinquième grossesse en 1916.* — Accouchement à terme à la Maternité de la Charité le 13 avril 1917: naissance d'un garçon vigoureux. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. Retour de couches un mois après. Règles normales.

L'enfant, nourri au sein, meurt à l'âge de 13 mois d'une méningite au domicile de la malade.

*Sixième grossesse en 1918.* — Accouchement à terme à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 22 mai 1919: naissance d'une fille vigoureuse. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. Retour de couches un mois après. Règles normales.

Enfant mort à l'âge de quatre mois d'une broncho-pneumonie à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

*Septième grossesse en 1920.* — Accouchement normal et à terme au domicile de la malade, le 26 novembre 1920: naissance d'un garçon vigoureux. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

L'enfant meurt le 14 août 1921 à l'âge de huit mois 1/2 d'une gastro-entérite.

Retour de couches un mois après l'accouchement.

*Début de l'affection.* — Mais à ce moment, la malade s'aperçoit que les règles changent de caractères: *elles sont plus abondantes que de coutume*; des métrorragies apparaissent, d'abord légères et espacées, puis plus intenses et presque continues.

Les métrorragies se répètent environ tous les dix jours et au mois d'août 1921, elles s'accompagnent de l'expulsion de *gros caillots noirâtres*.

A cette époque, la malade s'aperçoit que son ventre grossit: elle se décide alors à consulter une sage-femme, non pas parce qu'elle se croit enceinte, mais parce qu'elle trouve cette augmentation de volume du ventre insolite en présence des pertes rouges abondantes et, répétées, qu'elle présente; elle n'avait, en effet, ressenti absolument aucun malaise, et n'avait pas perçu de mouvements fœtaux; en outre elle n'accusait pas de douleurs.

La sage-femme consultée, diagnostique une grossesse de quatre mois; elle fait aussi remarquer à la malade qu'elle a dans le ventre une tumeur de la grosseur « *d'une boule à raccommoder les bas* ».

La malade ne peut préciser la date de ses dernières règles, attendu qu'elle a eu des pertes pour ainsi dire continuelles.

Les hémorragies se répètent environ tous les huit jours avec expulsion de caillots; mais comme elles diminuent un peu d'abondance, qu'elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux et n'ont aucune répercussion sur l'état général, la malade patiente et ne se représente pas à la consultation, pendant toute la durée de sa grossesse.

Le 26 novembre, à 19 heures 30, elle ressent subitement le besoin d'aller à la selle; dans les efforts de défécation, elle a alors l'impression qu'un corps étranger traverse le vagin et s'échappe au dehors. Croyant accoucher, elle met rapidement une cuvette entre ses cuisses pour recevoir l'enfant et appelle une voisine qui l'aide à se mettre au lit. Cette femme constate qu'il ne s'agit pas du tout de l'enfant, mais : « *d'un morceau de chair en forme de boule* » et va immédiatement appeler la sage-femme.

Une hémorragie se produit; on fait alors transporter la malade à la Maternité de l'Hôtel-Dieu après avoir simplement recouvert la tumeur d'une serviette.

La malade arrive dans le service à 22 heures.

A ce moment on constate en dehors de la vulve une masse convexe, mais assez étalée, irrégulière, bourgeonnante, qui suinte peu abondamment. Le personnel du service pense en premier lieu à un placenta prævia en train de s'expulser; mais d'autre part, la malade est enceinte de sept mois et ne paraît pas être en travail: elle ne souffre pas, il n'y a pas de contractions utérines.

L'hémorragie n'a pas été très abondante, il n'y a aucun symptôme d'anémie: coloration normale des muqueuses, pouls: 80. A ce moment, après une désinfection de la vulve et du vagin, cette tumeur ne saigne presque plus. On applique simplement sur la vulve un pansement antiseptique et on met la malade en observation.

Pendant la nuit, aucun incident, la malade dort tranquillement.

Le lendemain, à neuf heures, M. Plauchu constate à l'examen les points suivants :

La vulve est toujours ouverte par la tumeur comme par une tête fœtale qui serait sur le point de se dégager. De la surface de la tumeur s'écoule un petit suintement sanguin sans importance.

Au toucher, le doigt pénétrant entre la tumeur et le vagin perçoit facilement, au delà de son équateur une surface conoïde qui se rétrécit progressivement et qui aboutit à un pédicule long de trois à quatre centimètres environ. En suivant ce pédicule avec le doigt, on arrive sur un col entr'ouvert mais non effacé, ne présentant aucun signe de travail, dans la cavité duquel s'engage le pédicule; et même en poussant l'exploration assez haut, on n'arrive pas jusqu'à la base d'implantation intra-utérine. Le pédicule est d'ailleurs plus ou moins comprimé entre la paroi d'une part, et la poche des eaux coiffant une présentation du sommet d'autre part. Cette présentation n'est pas mobile, tend à se fixer; il y a un commencement de constitution de segment inférieur.

La grossesse est de sept mois environ, l'auscultation de l'enfant est positive.

Il s'agit manifestement d'un polype fibreux à point d'implantation intra-utérin, refoulé par la présentation sus-jacente et que le début d'engagement tend à chasser hors de la vulve.

Les traumatismes de l'examen ont provoqué des ruptures vasculaires sur la surface exulcérée de la tumeur et une hémorragie notable se produit; mais le diagnostic étant posé, le traitement devient simple: la tumeur est saisie à pleines mains par un aide, reclinée hors de la vulve et M. Plauchu place alors une solide ligature au catgut aussi haut que possible sur le pédicule et sectionne ce dernier. Aussitôt après, la partie utérine du pédicule se rétracte, ascensionne dans la cavité; et après l'intervention, le toucher montre: un col perméable, un peu effacé, une présentation du sommet bien médiane.

A ce moment, il est permis d'espérer que la grossesse pourra peut-être continuer jusqu'à terme: il n'en est rien; car quelques heures après, la malade, dont il était difficile de dire si elle était au début du travail au moment de l'intervention, prend des contractions utérines progressivement plus fortes et accouche à midi d'un enfant vivant pesant 2400 grammes. La délivrance

se produit normalement trente minutes après et sans aucun incident hémorragique.

Les suites de couches sont marquées pendant les trois premiers jours par un léger mouvement fébrile à 38 degrés de température, mais à partir du troisième jour la courbe de température devient normale et la malade quitte le service au douzième jour.

L'examen de l'utérus à ce moment-là montrait un corps utérin en involution normale et ne permettait pas de supposer qu'il y eut d'autres fibromes utérins.

*Examen de la tumeur.* — La tumeur examinée montre deux zones essentiellement différentes correspondant à ses deux hémisphères inférieur et supérieur, séparées par une saillie circulaire, mousse et légèrement irrégulière; dans l'ensemble elle est piriforme. L'hémisphère inférieur est exulcéré, présentant des bourgeons très vascularisés; l'hémisphère supérieur au contraire est lisse, pâle et sans vascularisation; il se termine par un moignon qui est la trace de l'ancien pédicule, dont la section montre l'existence de deux ou trois gros vaisseaux veineux et d'un assez grand nombre de petits vaisseaux artériels.

A la coupe, la tumeur est formée par un bloc fibreux ramolli, très vascularisé à sa périphérie, et recouvert par une muqueuse extrêmement amincie, très adhérente à la tumeur sous-jacente; il n'y a pas de loge cellulaire permettant de séparer la muqueuse de la masse qu'elle recouvre.

Il est probable qu'au cours de l'évolution de la grossesse, la pression positive du fœtus sus-jacent sur le pédicule de la tumeur a arrêté au niveau des vaisseaux veineux la circulation de retour, sans interrompre l'apport du sang artériel; d'où des phénomènes de stase dans la tumeur, qui ont abouti à l'exulcération de la surface inférieure et aux hémorragies, et qui expliquent le ramollissement général du polype.

La malade est revue quelque temps après à la consultation des nourrissons: elle ne se plaint d'aucun trouble utérin; elle n'a pas de pertes blanches; elle allaite son enfant et n'a pas encore eu son retour de couches.

L'examen de l'utérus (10-2-1922) montre un corps de volume normal, une attitude en antéverson normale, un col sans caractères pathologiques.

## OBSERVATION II

(*Medical and Physical Journal*, 1811, \*and 1812, citée par FORGET,  
in *Thèse* de BETBÈZE)

### **Polype fibreux expulsé au-devant de la tête du fœtus à trois couches successives**

Une femme, mère de plusieurs enfants, accoucha d'une fille à terme, après une parturition douloureuse. Pendant le travail, une tumeur consistante et charnue poussée par la tête de l'enfant, était sortie avant elle; à deux couches précédentes ce même phénomène avait eu lieu. Le volume de la tumeur était seulement moins considérable, aussi n'y avait-on fait grande attention, chaque fois que celle-ci était rentrée dans le vagin. Cette dernière fois elle resta hors de la vulve, elle avait la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. Dès le lendemain, une ligature fut placée autour de son pédicule, vers le soir du même jour, pour agitation et insomnie. Le lendemain, nouvelle ligature, la première s'étant relâchée; presque immédiatement douleur si vive et anxiété telle que vers le soir on fut obligé d'enlever le fil constricteur; on remplaça la ligature pour l'enlever encore et ainsi pendant quatre mois, jusqu'au moment où la tumeur nécrosée se détacha d'elle-même.

## OBSERVATION III

(De P. DUBOIS, rapportée par MARCHAL DE CALVI, in *Annales de Chirurgie française et étrangère*, 1843, p. 568; in *Thèse* CHAHBAZIAN).

### **Expulsion spontanée d'un polype fibreux à la suite d'une fausse couche par rupture du pédicule**

Polype fibreux inséré sur le col d'une femme enceinte. P. Dubois devait pratiquer la ligature du pédicule; il fut obligé de s'absenter; à son retour, la malade avait fait une fausse couche et le polype avait été expulsé.

#### OBSERVATION IV

(De PORDHAM, cité par FORGET, *Bull. thérapeutique*, 1846 ;  
*In Thèse CHAHBAZIAN*)

**Polype fibreux expulsé au-devant du fœtus à cinq accouchements.  
Ligature du pédicule. Mort le lendemain de l'opération**

Une femme âgée de 35 ans, en travail depuis six jours, commence seulement alors à éprouver des douleurs plus vives et franchement expulsives. Par le toucher, on constate dans le vagin une tumeur volumineuse et solide implantée sur la partie postérieure de l'orifice utérin. Cette femme, mariée depuis dix ans, avait eu quatre enfants mort-nés dans ce laps de temps : à chaque accouchement la tumeur sortait de la vulve poussée par le fœtus. Jamais de souffrance. Malgré cet obstacle la parturition s'opéra cette fois encore.

M. Clough, appelé en consultation, constate la continuation des efforts expulsifs après la délivrance et reconnaît la double insertion du polype au col de l'utérus et à la partie supérieure et postérieure du vagin. Une ligature fut placée autour de son pédicule ; l'application en fut très douloureuse et la femme, déjà fort épuisée, succomba le lendemain de l'opération, sans avoir présenté ni douleurs, ni vomissements, ni autres signes de métrô-péritonite.

#### OBSERVATION V

(De MERRIMAN, *In Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1846)

**Expulsion d'un polype fibreux dans le vagin au cours de la grossesse, au huitième mois ; chute du polype après ligatures répétées. Evolution normale de la grossesse.**

Une femme de 35 ans, sujette, depuis une fausse couche arrivée quelques mois auparavant, à des écoulements abondants et quelquefois à des pertes, s'inquiétait, non sans raison, dans le nouvel état de grossesse où elle se trouvait, du retour fréquent de ces hémorragies. Au huitième mois, elle sentit dans des efforts de défécation qu'un corps étranger traversait la vulve. Merriman reconnut un polype dont le pédicule, épais de

un ponce, était fixé en dedans de l'orifice du côté droit. La tumeur fut réduite.

Le lendemain il lia le pédicule après avoir attiré le polype au dehors, le réduisit de nouveau, puis deux fois, de deux jours en deux jours, resserra le fil. Quelques heures après la dernière constriction, la tumeur se détacha. Les suites de l'opération furent heureuses. L'état général s'améliora, et, un mois après, l'accouchement fut prompt et facile.

## OBSERVATION VI

(De DANYAU, in *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1846, vol. IV, p. 173, rapportée par HERGOTT, in *Revue médicale de l'Est*, 1889, p. 294).

### **Polype du col de l'utérus expulsé à la vulve au-devant du siège du fœtus**

Le 2 décembre 1845, je fus appelé vers une heure de l'après-midi, chez la femme d'un coiffeur, jeune créole d'une vingtaine d'années, accouchée depuis sept heures et demie du matin, chez laquelle je trouvais entièrement hors la vulve une tumeur du volume de la tête d'un enfant de sept mois. Cette femme a fait trois avortements, le dernier il y a un an. Les premières douleurs eurent lieu à trois heures du matin.

La sage-femme arriva à sept heures et elle reconnut à la vulve une tumeur qui n'avait pas les caractères de la tête et qui n'avait pas tardé à être repoussée au dehors; ayant porté sa main au-dessus, elle avait senti les pieds de l'enfant, les avait saisis et avait extrait l'enfant vivant, un très petit garçon de sept mois et demi. Pendant cette extraction faite sans efforts, la tumeur avait encore été entraînée plus bas, et depuis lors était pendante hors de la vulve. La délivrance s'était effectuée sans peine. Toutes choses accomplies, l'accouchée avait été maintenue tranquille sur le dos et la tumeur convenablement soutenue entre les cuisses jusqu'à mon arrivée. Cette tumeur, globuleuse, lisse et rougeâtre à sa surface, uniformément ferme dans toute son étendue, était exactement appliquée contre la vulve, mais cependant un peu mobile dans tous les sens. Du côté de la vulve, on sentait le pédicule qui la retenait,

et le doigt porté dans le vagin pouvait facilement explorer ce pédicule jusqu'à son insertion au côté droit de la lèvre antérieure de l'orifice utérin. Plat, court, large de deux travers de doigt, d'une souplesse qui semblait indiquer qu'il était composé uniquement de tissu utérin, ce pédicule ne paraissait, en effet, qu'une élongation de la lèvre du col dans laquelle la tumeur avait pris naissance. Pas d'hémorragie, pas de douleurs.

J'ai voulu débarrasser cette femme de ce polype fibreux; la femme étant en position obstétricale, j'ai saisi la tumeur de la main gauche, le pouce et l'index sur la partie du pédicule la plus voisine de la tumeur, et, de la droite armée d'un fort bistouri boutonné, je tranchai ce pédicule, rasant mes deux doigts. Écoulement de sang peu abondant, qui cesse par une injection de vinaigre et compression d'une éponge sur le col. La femme est guérie, l'enfant est vivant.

Cette tumeur devait avoir une date récente. Elle devait avoir eu un accroissement très rapide, dû manifestement à la grossesse, parce qu'elle était absolument ignorée avant. Cette femme étant souvent debout, n'avait senti aucune pesanteur, aucune sensation d'un corps étranger poussé vers la vulve, aucune difficulté dans l'excrétion des matières fécales ou de l'urine, aucune perte.

#### OBSERVATION VII

(De VIDAL, in *Oldham Guy's hosp. Reports*, 1852, in Thèse LAMBERT)

**Polype utérin faisant saillie hors de la vulve le lendemain de l'accouchement pris pour une inversion utérine. ... Disparition de la tumeur en trois mois.**

Une femme d'une quarantaine d'années accoucha à terme de son septième enfant le 17 octobre 1851... le placenta est expulsé naturellement.

Le lendemain une grosse tumeur, qui s'était abaissée sans douleur et sans hémorragie, faisait saillie hors de la vulve.

Le docteur Vidal diagnostiqua une inversion, mais ne put réussir à la réduire. Je vis la femme le 27.

Pendant la grossesse, le ventre avait été plus dur et plus en saillie que d'habitude. L'utérus atteignait jusqu'à l'ombilic et le vagin était distendu par une masse lisse, globuleuse, indolore, qui se perdait sans changer de volume dans l'intérieur

de l'utérus, sans que j'aie pu parvenir à sentir le lieu d'insertion; elle avait quelques faibles adhérences avec le vagin en arrière. La masse était assez molle. Diagnostic: polype. Nous nous bornâmes à l'expectation.

24 novembre. — Le polype a beaucoup diminué de volume, il se continue avec l'utérus par une base large et a la forme d'une langue. La consistance est molle.

20 janvier 1852. — La tumeur a complètement disparu.

### OBSERVATION VIII

(De RAMSBOTHAM, in *Méd. Times and Gaz*, 1853 ; in *Thèse* LAMBERT)

**Polype fibreux expulsé au-devant de la tête fœtale. Régression de la tumeur au bout de quatre mois**

Une femme accoucha en 1821. Une grosse tumeur fut expulsée le jour suivant hors de la vulve. On fit des tractions violentes dans l'espoir de l'extraire. Ramsbotham, appelé, la replaça dans le vagin et la femme se rétablit.

En 1824, elle accoucha de nouveau. La partie inférieure de l'excavation était remplie par une masse que je reconnus pour un polype; des contractions violentes l'expulsèrent au-devant de la tête de l'enfant, sans rompre son pédicule épais qui s'insérait au dedans de l'utérus. Le placenta fut expulsé sans retard. « Nous discutâmes l'opportunité de l'opération, mais nous nous décidâmes à patienter; nous avions bien jugé. Car cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, à terme, se réduisit au volume d'une petite noix dans l'espace de quatre mois. Nous fîmes alors la ligature et le polype tomba au bout de cinq jours. »

### OBSERVATION IX

(De RAMSBOTHAM, in *Méd. Times and Gaz*, 1853 ; in *Thèse* CHAHBAZIAN)

**Polype expulsé après la sortie de l'enfant rentré dans le vagin.**

**Hémorragie grave, au bout de treize jours. Section du pédicule : guérison.**

Une femme, mère de deux enfants, accouche à terme le 5 janvier 1845. — On trouva une masse sortie de la vulve avant

l'expulsion du placenta : on la rentra dans le vagin. — Trois jours après, au moment des efforts de la défécation, une tumeur grosse comme une orange sortit en dehors : on la rentra encore une fois. — Huit jours après, la femme a une hémorragie très grave; je fis alors le diagnostic de polype du col de l'utérus attaché à sa lèvre antérieure, du volume d'une poire; je fis la ligature, et la femme guérit.

#### OBSERVATION X

(De RAMSBOTHAM, *Medical Times and Gaz*, 1863, p. 245 ; in DEMARQUAY et SAINT-VEL, p. 202)

**Polype utérin. Hémorragies pendant la grossesse ; hémorragies de la délivrance (placenta inséré sur le polype).**

Il s'agit d'une multipare, sujette depuis trois ans à des métrorragies fréquentes, qui continuaient, bien qu'elle fût enceinte de six mois. Le travail commencé avec une perte sanguine, les membranes furent rompues, et le lendemain un enfant mort fut expulsé. Aussitôt après, la perte se reproduisit, et un caillot du poids de deux livres fut rendu. L'hémorragie cessa par l'extraction du placenta attaché en grande partie à un polype de la grosseur du poing, inséré au fond de l'utérus par un pédicule du volume de trois doigts. Épuisée par ces pertes répétées, la femme mourut douze heures après l'accouchement.

#### OBSERVATION XI

(De GUÉNIOT, *Gaz. des Hôpitaux*, 1864, p. 197)

**Polype fibreux de l'utérus donnant l'impression d'un myome interstitiel du col œdématisé et causant une erreur de diagnostic. Mort de la femme et de l'enfant.**

Le polype, rapporte M. Guéniot, occupait la partie supérieure de l'excavation pelvienne dont il obstruait les deux tiers gauche et postérieur, tandis que la tête du fœtus, à peine engagée, correspondait au tiers droit et antérieur du détroit abdominal. Ces deux tumeurs, siégeant à une profondeur inégale et se

comprimant l'une l'autre sous l'influence des contractions utérines, exerçaient excentriquement une pression énergique sur les parois de la matrice comprises entre elles et l'enceinte osseuse du petit bassin. Le segment inférieur de l'utérus dans sa portion correspondant à la tête fœtale avait pu, grâce à l'élévation de cette dernière, saffranchir de la compression, et permettre l'effacement, puis la dilatation complète de la partie adjacente du col utérin.

Il en était tout autrement de la portion de la paroi contiguë à la tumeur, car celle-ci, fort engagée, ne cessait d'exercer sur elle une vigoureuse pression. De là, non seulement l'absence d'effacement du col dans la partie correspondante, mais encore la tuméfaction œdémateuse qui en augmentait légèrement la longueur et l'épaisseur. De là l'impression du corps fibreux dans le segment inférieur de l'utérus, à peu près comme celle qui résulterait de la pression d'un corps dur et sphérique sur une éponge molle. De là enfin, dissimulation complète de l'interstice qui devait marquer la limite de leur contact. Le doigt passait directement de la face interne du col sur la muqueuse du polype, elle-même œdématisée sans percevoir la plus petite inégalité ou le moindre sillon qui put en faire soupçonner l'indépendance. Aussi crut-on à une tumeur interstitielle et l'idée de rechercher l'existence d'un pédicule ne vint même pas à l'esprit. »

La tumeur sphérique d'un diamètre de 8 centimètres et d'une circonférence de 26, avait un pédicule aplati, large de 7 centimètres et long de 3, s'insérant à la partie inférieure du corps de l'utérus.

Mais l'exploration n'avait pas permis de le reconnaître, si bien qu'on dut recourir à la perforation du crâne et à la céphalotripsie. — Mort de la femme et de l'enfant.

## OBSERVATION XII

(De POHL, 1865, *In Thèse CHAHBAZIAN*)

**Polype fibreux expulsé dans le vagin au-devant du fœtus. Rupture du pédicule au moment du passage des épaules. Hémorragie pendant le travail.**

Primipare, travail prolongé. — Hémorragie assez considérable avec descente d'une tumeur dans le vagin, dont le pédicule

s'insère sur le col. — Application du forceps sur la tête pendant que la sage-femme soutenait la tumeur. La tumeur se détache au moment du passage des épaules. — La femme se rétablit; il n'y a plus d'hémorragie.

### OBSERVATION XIII

(De FORGET, *Société de Chirurgie de Paris*, 6 juin 1868 ; *In Thèse de* BETBÈZE)

#### **Polype expulsé au devant de la tête fœtale**

On trouve dans Levret l'observation d'une femme chez laquelle une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant l'accouchement avant la sortie du fœtus. L'accoucheur de cette femme reconnut un polype de la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né, et dont le pédicule, large d'un travers de doigt, était implanté à la partie interne du col de la matrice. Il n'y eut pas de pertes après la délivrance; nonobstant, Guiot lia le pédicule; puis il plaça la femme de manière que la tumeur fut soutenue, et qu'elle n'exerçât aucun tiraillement douloureux. Dès le lendemain des douleurs vives aux lombes et à l'aîne droite obligèrent à exciser la tumeur au-dessous de la ligature. La femme n'éprouva aucun accident.

### OBSERVATION XIV

(De BREIDENBACH, *Heidelberg*, *In Thèse* LAMBERT)

#### **Inversion utérine avec polype inséré sur le fond, constatée quelques semaines après l'accouchement**

Une femme de 32 ans, primipare, accouche à terme et sans difficulté, d'un enfant difforme, mais vivant. Le volume du ventre porta la sage-femme à croire à l'existence d'un second enfant, et l'accouchée elle-même, en se retournant, avait la sensation d'un corps étranger qui changeait de place dans son ventre. Quelques semaines après, écoulement sanguinolent, muqueux et d'une odeur fétide. Douleurs violentes dans la région sacrée. Au bout de quelques jours, une tumeur rougeâtre, prise

pour une môle, faisait saillie hors de la vulve. On se décida à l'extraire. Les tractions amenèrent le déchirement du périnée jusqu'à l'anus. Breidenbach reconnut une tumeur fibreuse du volume de la tête d'un fœtus à terme. Elle s'insérait par un large pédicule au fond de l'utérus, dont elle avait produit l'inversion. Ce polype remplissait le vagin; on en fit la ligature et on en réséqua une livre et demi environ. La ligature tomba le douzième jour et la malade guérit. » ♣

## OBSERVATION XV

(De WEST, *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. par MAURIAC, p. 309)

**Métrorragies dues à un polype, cessant à l'occasion d'une grossesse méconnue. Excision du polype. Continuation de la grossesse.**

Une femme que je fus appelé à soigner avait eu, pendant trois ans, des hémorragies extrêmement abondantes qui, trois mois avant que je la visse, avaient cessé sans cause connue. La suppression des menstrues pendant cette même période de temps ne fixa pas suffisamment mon attention, et j'excisai un polype fibreux du volume d'un petit œuf de poule, dont le court pédicule s'insérait sur la face interne du col utérin. Une perte abondante se produisit à la suite de l'opération sans autre accident. Six mois après, la malade accouchait à terme d'une grossesse méconnue..... Pendant trois ans, le polype avait irrité la matrice et il y avait eu des pertes abondantes. La grossesse étant survenue, il se produisit vers l'organe un afflux plus considérable de sang. La vascularité du polype aurait donc dû s'accroître plutôt que diminuer; cependant la perte ne se reproduisit pas. La cavité utérine était maintenant tapissée par la caduque; le canal cervical était bouché par un tampon muqueux provenant des œufs de Naboth. Mis ainsi à l'abri de l'irritation, l'organe cessa de verser du sang à sa surface interne, et la leucorrhée attesta seule la présence de la tumeur.

## OBSERVATION XVI

(De GIOUT, *In Thèse CHAHBAZIAN*, c'té de LEVRET)

### **Polype fibreux expulsé au-devant du fœtus. Section du pédicule après l'accouchement**

Une femme accouche heureusement; une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant la parturition, précédant la sortie d'un fœtus à terme. Aucun accident, pas de perte après la délivrance. Giout reconnaît l'existence d'un polype utérin, descendu dans le vagin, dont le pédicule, implanté au côté droit du col de la matrice, lui parut être aplati, large environ de deux travers de doigt; le corps de la tumeur, qui occupait la vulve, avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Giout lia le pédicule le plus près de l'orifice utérin.

Le lendemain, il fit l'excision de la tumeur.

## OBSERVATION XVII

(De M. le docteur MONTEILS (de Mende), Communication de M. DESPRÈS à la Société de Chir. de Paris, novembre 1874, *In Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1874 (résumée).

### **Polype utérin ; extraction par le forceps de la cavité vaginale et ablation par section du pédicule à sa sortie de la vulve avec l'écraseur linéaire.**

Christine M..., mariée, multipare, entre à l'hôpital de Mende le 10 novembre courant.

Cette femme, au teint pâle, anémique, a eu deux enfants, qu'elle n'a pu nourrir.

Le dernier accouchement date de deux mois et demi. Depuis cette époque, la perte menstruelle, a augmenté de durée et d'abondance. Elle se prolonge pendant quinze jours et fait place à des flueurs blanches.

A trois mois d'intervalle, treize hémorragies utérines sont survenues si abondantes qu'à chaque fois la situation de la malade a été jugée désespérée. Les rapports conjugaux, pénibles il y a

un an, sont, depuis quatre mois, devenus impossibles par suite d'un obstacle insurmontable à l'intérieur du vagin.

La malade ayant été prise de rétention d'urine, demande un médecin lequel, après l'avoir sondée, l'engage à se rendre à l'hôpital de Mende.

À son entrée, la malade est dans un état de pâleur extrême; affaiblissement complet des forces, absence des selles depuis dix-huit jours; rétention d'urine exigeant continuellement l'emploi de la sonde.

Le doigt, introduit dans le vagin, vient heurter contre un corps arrondi, immobile, comme enclavé, à surface lisse, accessible au doigt dans son segment inférieur, mais dont il est impossible de reconnaître et d'apprécier les relations supérieures.

Par le rectum, on constate, en avant, l'existence d'une tumeur arrondie, en dehors de ce canal, mais qui obstrue les trois quarts de son calibre....

L'émission des urines et des selles n'ayant lieu qu'artificiellement, les forces générales baissent chaque jour, l'anémie profonde de la malade pouvant devenir mortelle s'il survenait une hémorragie, je prends l'avis de mon collègue, M. le docteur Barbet, et, avec son concours, je procède à l'opération....

Abaissement de la tumeur à la vulve à l'aide du forceps; puis section du pédicule.

Aucune perte de sang ne se produisant, j'introduis un spéculum et constate que le col utérin est largement ouvert et occupé par une masse centrale dont l'aspect noirâtre tranche avec la couleur rosée de ses lèvres. Je touche, par précaution, cette masse avec un tampon imbibé de perchlorure de fer et fais porter la malade dans son lit.

Aucune hémorragie ne s'est produite, ni pendant, ni après l'opération. Aucune réaction fébrile n'a eu lieu.

La tumeur est de forme aplatie, lobulée, d'une circonférence de 35 centimètres, d'un diamètre de 13 centimètres.

Le pédicule inséré sur le tiers gauche de la tumeur, offre une surface de section longue de 4 centimètres, large de 2 centimètres et comme exclusivement constituée par des granulations blanchâtres.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un fibromyome pur sans transformation.

### OBSERVATION XVIII

(De KIFERLÉ, *Wur con. Blatt*, 1875 ; *In Thèse CHAHBAZIAN*)

#### **Polype fibreux du col expulsé pendant les suites de couches**

Une femme de 35 ans, ayant déjà eu des enfants, a des douleurs abdominales et des écoulements purulents par le vagin pendant sa grossesse actuelle. Au toucher, on trouve un polype fibreux implanté sur le col utérin. Cette femme, arrivant à terme, l'accouchement se fait normalement et spontanément d'un enfant vivant, mais on fait une délivrance artificielle. La tumeur est détachée et expulsée pendant les suites de couches. La mère se rétablit facilement.

### OBSERVATION XIX

(De M. le docteur RÉMY, *in Revue médicale de l'Est*, p. 65)

#### **Polype utérin observé au moment de la délivrance. Hémorragie. Extraction du placenta. Aucun accident consécutif**

Le vendredi 5 août 1887, je fus appelé, vers 3 h. 30 du matin, près de M<sup>me</sup> A..., primipare, pour terminer un accouchement. La tête était dans l'excavation depuis au moins trois heures, sans faire de progrès sous l'influence des contractions. A l'examen de la parturiente, je trouve l'utérus développé comme il l'est à terme; il présente à la moitié de sa hauteur et du côté droit une tumeur fibreuse faisant saillie, du volume d'un abricot. Le dos est à droite, les battements normaux sont à droite et au-dessous de l'ombilic. Au toucher, je trouve la tête descendue n'appuyant pas sur le plancher périnéal dans l'intervalle des contractions; la petite fontanelle est à droite et en arrière.

Pendant une demi-heure, je surveillai le travail et je pus reconnaître que rien ne changeait dans cet état de choses. A 4 heures, je procédai à une application de forceps Tarnier. Je voulus commencer par la cuiller droite, mais je ne pus placer la branche gauche. Je retirai la cuiller droite et commençai par la gauche; je réussis à placer l'instrument. Pendant ces manœuvres, la tête avait accompli son mouvement de rotation, la petite fontanelle était en avant et à droite.

Extraction lente, malgré cela j'eus une déchirure moyenne du périnée. Petite fille qui a bien crié.

Pendant le décollement du placenta, le sang s'écoulait assez abondamment; je maintins une main dans le vagin pour modérer l'écoulement sanguin. Comme le placenta ne venait pas et que le sang tendait toujours à s'échapper, j'introduisis la main dans l'utérus pour achever le décollement du délivre et l'extraire. J'y parvins facilement. Le placenta était inséré à droite, mais à gauche, je trouvais une partie qui me faisait croire que je laissais un cotylédon. Cependant sa forme en battant de cloche, sa résistance, la présence d'un fibrome dans la paroi me firent changer d'opinion et pencher pour un polype utérin, malgré la sensation d'irrégularités que fournissait la muqueuse à la surface. Il ne manquait d'ailleurs aucun cotylédon au placenta, les membranes étaient intactes, sans trou à l'emporte-pièce, sans vaisseaux irréguliers. La délivrance était donc complète. Je me rendis au diagnostic de polype utérin du volume du pouce, d'une longueur telle que son extrémité arrivait presque jusqu'à l'orifice interne. Pas d'hémorragie. Je fis une irrigation intra-utérine et ordonnai des injections vaginales antiseptiques.

Suites de couches normales.

## OBSERVATION XX

(De M. le professeur HERGOTT, in *Revue médicale de l'Est*, 1889, p. 289)

### **Polype du col de l'utérus expulsé à la vulve au-devant du fœtus. Section du pédicule. Suites normales**

A la suite d'un accouchement, une femme fut envoyée d'urgence à la Maternité pour « inversion complète et irréductible ».

Agée de 36 ans, menstruée régulièrement, elle venait d'accoucher pour la sixième fois.

L'aspect général était satisfaisant, le pouls régulier, la température normale.

Cette sixième grossesse avait été normale. Cependant, depuis six mois, elle avait la sensation d'un corps étranger dans le vagin, mais elle n'y attachait aucune importance, n'en étant que très faiblement incommodée.

Le 8 juin, la veille de son entrée dans mon service, les membranes s'étaient rompues spontanément à 8 heures du matin, et, vers 3 heures, le travail avait commencé.

Comme les douleurs s'étaient accentuées, on avait appelé une sage-femme qui avait été très étonnée de trouver dans l'excavation une tumeur élastique, rénitente et lisse, qui donnait une sensation analogue à celle que l'on perçoit en touchant pendant une contraction les membranes de l'œuf distendues par le liquide amniotique.

Elle avait recherché l'orifice du col, mais elle n'était pas parvenu à l'atteindre.

Troublée par ce qu'elle venait de découvrir, et comme le travail ne semblait pas avancer, elle avait cru prudent de faire chercher deux médecins qui s'étaient empressés de répondre à l'appel qui leur était adressé.

À peine arrivés, et avant que toute intervention ait été possible, la parturiente avait été prise de violentes douleurs et expulsait une tumeur volumineuse qui restait pendante à la vulve.

Puis presque immédiatement après, la tête et le tronc d'un fœtus vivant étaient expulsés en passant au-dessous de la tumeur.

La délivrance s'était effectuée normalement sans hémorragie. L'enfant, qui avait bien crié au moment de sa naissance, succomba malheureusement quelques heures après.

Les médecins présents à l'accouchement, pensant que la tumeur qui pendait hors de la vulve était formée par l'utérus en état d'inversion, avaient essayé de la réduire; après une demi-heure d'efforts inutiles, ils avaient adressé la femme à la Maternité.

Je trouve le ventre souple et, par la palpation, je perçois, à huit centimètres au-dessus du pubis, une tumeur dure, arrondie, légèrement inclinée à droite qui me semble être l'utérus.

Les cuisses sont écartées et entre elles je découvre une tumeur ronde, volumineuse, plus grosse même qu'une tête de fœtus à terme, qui pendait hors de l'orifice vulvaire.

Cette tumeur est d'une coloration rouge foncé; de nombreux vaisseaux rampent à sa surface.

On remarque, il est vrai, quelques ulcérations; mais, en somme, elle est lisse dans sa plus grande partie. Sa consistance est élastique, rénitente.

Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur s'insère sur la partie droite et antérieure du col. Sa surface d'implantation

a un diamètre de quatre centimètres environ. La partie du col qui correspond au point où adhère la tumeur est abaissée jusqu'à la vulve. On voit, en effet, en écartant les grandes lèvres, une saillie demi-circulaire contournant la tumeur en avant et à droite, qu'on reconnaît être formée par la lèvre antérieure du col qui a subi une forte élongation.

L'abaissement de cette région cervicale, qui donne insertion à la tumeur, est encore confirmée par le fait suivant : le cul-de-sac vaginal antérieur est situé à une profondeur de cinq centimètres à peine en avant et à droite, tandis qu'en arrière et à gauche, la lèvre du col est très peu abaissée et se continue avec la saillie demi-circulaire qui existe sur la tumeur, à l'entrée de la vulve.

L'orifice interne de l'utérus est perméable et aucune tumeur ne s'y engage.

Après cet examen, il devient facile de reconnaître que la tumeur qui se trouve entre les cuisses de la femme n'est pas formée par l'utérus en état d'inversion, mais qu'elle est constituée par un corps fibreux inséré sur la face interne de la lèvre antérieure du col.

Cette tumeur qui n'avait pas été reconnue pendant la grossesse, qui ne s'était manifestée qu'en donnant à la femme la sensation assez vague d'un corps dans la cavité vaginale, avait été expulsée au moment du travail par un mécanisme bien simple à comprendre.

L'utérus, en se contractant, avait poussé le fœtus sur ce corps fibreux situé au-dessous de lui et l'avait fait progresser dans l'excavation.

La lèvre du col sur laquelle il était implanté, s'étant allongée et transformée sous cette pression en un vrai pédicule, ce polype avait pu franchir l'orifice vulvaire sans trop de difficulté.

Le canal génito-pelvien une fois désencombré, le fœtus se trouvait dans une situation analogue à celle d'un deuxième fœtus dans un accouchement gémellaire ; aussi son passage à travers les parties molles s'était-il effectué très rapidement.

Mais l'accouchement terminé, la tumeur n'avait pu reprendre sa place primitive dans le vagin ; elle était restée entre les cuisses de la femme dans la situation où nous venons de la trouver.

Il n'y avait pas à hésiter, il fallait débarrasser cette femme de cette tumeur, mais l'heure avancée de la nuit, la fatigue occasionnée par le voyage et l'absence d'hémorragie me décident à en remettre l'ablation au lendemain.

On fait une injection vaginale antiseptique et on enveloppe la tumeur dans des compresses trempées dans une solution de sublimé.

Quelques heures après, la femme s'étant reposé, je procède à l'enlèvement de ce fibrome en présence des élèves du service.

L'opération est des plus simples. J'entoure avec un fil de fer le point d'implantation de la tumeur, et, à l'aide d'un serre-nœud, j'en obtiens la section sans répandre une goutte de sang. La lèvre antérieure du col, débarrassée de ce corps fibreux qui l'étriquait jusqu'à l'orifice vulvaire, revient immédiatement sur elle-même et disparaît dans la cavité vaginale, pour y reprendre sa situation comme le toucher nous permet de le constater. Le poids de la tumeur est de 1.250 grammes et sa structure histologique est celle d'un fibromyome. » L'involution utérine se fit régulièrement, bien qu'au début les lochies fussent assez fétides et présentassent même, pendant quelques heures, une odeur franchement gangréneuse. La température qui s'était élevée à 39° ne tarda pas à devenir et à rester normale, et, quelques jours après, notre accouchée pouvait s'en retourner chez elle parfaitement rétabli.

## OBSERVATION XXI

(De M. le docteur Toison, rapportée au Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst. de Bruxelles, 1892)

### **Polype fibreux expulsé au-devant de la tête fœtale. Excision de la tumeur quatre mois après l'accouchement**

Madame X..., 35 ans, bonne santé antérieure. Réglée à 14 ans et, depuis, très régulièrement menstruée; mariée à 24 ans, elle a, neuf mois après, un enfant qui est nourri au biberon. Accouchement naturel. Suites de couches normales, réapparition des règles six semaines après.

En 1885, se manifestent des douleurs de reins et quelques pertes rouges peu abondantes dans l'intervalle des règles qui sont très douloureuses. Persistance de cet état jusqu'en septembre 1886.

A cette époque, les pertes deviennent très abondantes et la malade se décide à faire appeler un médecin.

A l'examen local, le toucher permet de constater, dans le vagin, la présence d'une tumeur dure, de la grosseur du poing, paraissant

implantée sur la lèvre antérieure du col, car l'orifice utérin est situé au-dessous. Il est impossible de contourner la tumeur au niveau de l'implantation et de constater l'épaisseur du pédicule; Au 11 septembre 1886, cessation des pertes: la malade, très anémiée jusqu'alors, recouvre l'appétit et l'état général s'améliore très rapidement.

Deux mois après, la malade s'aperçoit qu'elle grossit et demande à être de nouveau examinée: l'aspect et le volume de la tumeur sont les mêmes; de plus, signes peu équivoques de grossesse.

Celle-ci se développe sans accident.

L'état général continue à être bon, le volume de la tumeur n'augmente pas sensiblement.

Dans la journée du 9 mai 1887, M<sup>me</sup> X... ressent quelques douleurs qui augmentent d'intensité dans l'après-midi et deviennent très vives le soir. A minuit, après issue préalable de la tumeur qui vient se loger sous le pubis, la tête apparaît, l'occiput en avant et l'accouchement se termine naturellement sans nulle intervention. Suites de couches normales, prompt rétablissement de l'accouchée.

La tumeur qui jusqu'alors était restée intra-vaginale, sort sous l'influence du moindre effort. Il en résulte de légères hémorragies qui cessent par réduction de la tumeur. Douleurs de reins très vives, marche extrêmement pénible. Les règles ont reparu six semaines après l'accouchement et sont fort douloureuses. La malade demande elle-même à être débarrassée de sa tumeur. Le diagnostic porté est: myome du col.

Opération le 23 septembre 1887. La malade m'est présentée avec les renseignements qui précèdent; puis, après nouvel examen, l'opération est décidée pour le 23 septembre 1887.

Après avoir disposé convenablement la malade et pratiqué une toilette antiseptique locale avec une solution phéniquée chaude, la tumeur est attirée au dehors complètement, afin de pouvoir atteindre le pédicule.

La traction n'est que modérément douloureuse pour la femme, qui n'est pas chloroformée d'ailleurs. La tumeur apparaît dans son ensemble du volume du poing, assez franchement piriforme.

Aussitôt sortie, la tumeur se colore en rouge intense, se congestionne visiblement, devient turgescente et présente à sa surface une hémorragie assez abondante. On peut expliquer facilement

cette hémorragie par la congestion violente et constatée d'ailleurs *de visu* du néoplasme.

Cette congestion elle-même doit être attribuée au fait de la traction de la tumeur, laquelle traction étire, diminue le calibre des veines et réduit ainsi la quantité de sang sortant de la tumeur, tandis que les artères plus résistantes, avec leur tension sanguine plus élevée, apportent toujours la même quantité normale de sang dans la tumeur. En somme, le mécanisme hémorragique est ici le même que celui qui détermina l'hémorragie dans le cas de torsion du pédicule des kystes et des tumeurs. D'ailleurs, l'opération met rapidement fin à l'hémorragie.

Pour enlever la tumeur, je me borne au niveau de la lèvre antérieure et suivant deux directions réciproquement perpendiculaires, à la traverser par deux fils doubles, à couper les extrémités des anses et à lier vigoureusement les extrémités des quatre anses formées par les sections des deux doubles fils. La partie excédente de la tumeur est excisée au thermo-cautère.

Le traitement consécutif consiste en repos au lit et injections phéniquées chaudes.

Guérison rapide, ni fièvre, ni douleurs : chute des ligatures au quatrième jour. Huit jours après, la malade se lève. Au quinzième jour, il y a cependant des douleurs lombaires et de la dysménorrhée.

Ultérieurement, on constate que le col n'est pas déformé et ne présente qu'une légère induration. Au spéculum, on n'aperçoit qu'une cicatrice linéaire mesurant environ un centimètre.

La malade n'éprouve plus que quelques douleurs, comme il arrive au moment des époques.

## OBSERVATION XXII

(FRARIER, Communication à la réunion obstétricale de Lyon, séance du 16 avril 1908, in *Thèse* BETBÈZE)

### **Polype fibreux expulsé dans le vagin et hors de la vulve au-devant de la tête fœtale. Section du pédicule**

L'auteur fut appelé auprès d'une parturiente par une sage-femme qui, au cours du travail, normal du reste, — constata, après la rupture des membranes, une grosse masse dure remplis-

sans le vagin — qu'elle pensa être un placenta prævia et qui masquait la présentation. Poussé par la tête fœtale, la tumeur était sortie hors de la vulve; elle était formée de deux parties que l'on pouvait élever avec le doigt: une inférieure, le fibrome; une supérieure, qui est le col se présentant comme un bourrelet de 8 à 10 centimètres. La séparation du col fut faite et l'auteur se trouva en présence d'un gros fibrome avec large pédicule sur lequel il posa une ligature. Le fibrome excisé pesait 700 grammes. Pas d'hémorragie. Les suites furent excellentes.

### OBSERVATION XXIII

(De M. MÉRIEL, *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse, In Archives mens. d'Obst. et de Gyn., 1913*)

#### **Polype du corps utérin. Avortement à deux mois. Hémorragies**

Une femme fit un avortement de deux mois à la suite duquel survinrent des hémorragies: l'examen révéla un polype, inséré haut dans le corps utérin et en voie de sphacèle. L'ablation fut des plus simples.

### OBSERVATION XXIV

(M. HUET, *Soc. belge de Gyn. et d'Obst., séance du 3 mai 1913; In Arch. mens. d'Obst. et de Gyn., 1914*)

#### **Polype fibreux, avec inversion utérine partielle**

Il s'agit d'une multipare de 46 ans, présentant des ménorragies depuis un an.

A l'examen, on trouve dans le vagin une tumeur grosse comme une orange et saignante; le corps utérin paraît être en situation normale. On fut obligé, pour atteindre le point d'implantation du polype, d'inciser la paroi utérine antérieure jusqu'au delà du cul-de-sac péritonéal; on vit alors que le fond de l'utérus était inversé sur une profondeur de trois centimètres environ; on termina par une hystérectomie vaginale, mais on fut obligé de faire une laparotomie pour lier l'utérine gauche qui avait échappé.

Suites opératoires normales.

## OBSERVATION XXV

(De M. le docteur GONNET, *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon*, séance du 5 décembre 1919 ; *In Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*).

### **Fibrome sessile sous-placentaire à deux grossesses successives. Énucléation par la voie intra-utérine**

*Première grossesse: 1911.* — La grossesse et l'accouchement avaient été normaux. Je fus appelé pour une adhérence totale du placenta, sans hémorragie. Le décollement manuel de l'arrière-faix fut laborieux, surtout au niveau d'une masse dure et arrondie sur laquelle le placenta était inséré en son milieu. C'était une tumeur sessile du volume d'un citron, attachée au bord droit de l'utérus.

Son énucléation digitale, la main extérieure maintenant et surveillant la paroi utérine, fut assez facile.

Les suites de couches furent simples: ni hémorragies, ni infection.

*Deuxième grossesse: 1919.* — La même malade, âgée maintenant de 32 ans, vient accoucher à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. La grossesse se passe sans incidents. Elle accouche à terme, après un travail de onze heures, d'un enfant vivant de 3.200 grammes. La délivrance est spontanée, trente minutes après l'expulsion de l'enfant, sans hémorragie.

Mais à l'examen du placenta, on constate que la face maternelle, en son centre, est tomenteuse sur une largeur d'une paume de main environ. L'arrière-faix pèse 500 grammes, les membranes sont complètes. Un toucher intra-utérin fait sentir, sur la face postérieure du corps utérin, une tumeur dure, élastique, sessile, du volume d'un gros œuf.

Etant donné le résultat de ma première intervention, je tente l'énucléation de cette tumeur: j'y parviens aisément.

Les suites de couches sont normales, la malade part au douzième jour allaitant son enfant.

## OBSERVATION XXVI

(De J. BICHET, *In Gyn. et Obst.*, juillet 1920, p. 59)

### To Tilfælde af Fibromyoma uteri i Fødsel (Deux cas de fibromyomes utérins en train d'accoucher spontanément)

L'auteur fut appelé à une petite station de 150 habitants, à environ 50 kilomètres de sa demeure (au Groenland).

La sage-femme l'avait appelé en croyant qu'il s'agissait d'un prolapsus de l'utérus et du vagin. Mais l'auteur, qui n'a jamais vu un prolapsus chez les Groenlandaises, le diagnostiqua aussitôt comme un fibrome en train d'être accouché. Il ne pouvait pas transporter la malade à l'infirmierie de la colonie, 50 kilomètres sur la glace, et il fallait opérer la malade qui était très anémiée, trop faible pour même bouger dans son lit sans assistance.

La sage-femme administra la narcose à l'éther, et il extirpa le fibrome de cette femme dans cette hutte groenlandaise qui n'offrait pas les meilleures circonstances pour une opération chirurgicale. La malade guérit. Un autre cas semblable fut aussi opéré dans la hutte; c'était dans l'été, mais la malade qui demeurait dans l'île de Disco ne voulait pas se faire transporter à l'infirmierie.

## OBSERVATION XXVII

(De M. le docteur VORON, *In Lyon Médical*, 10 octobre 1921 ; communication à la réunion Obst. et Gyn. de Lyon, le 7 février 1921)

### Gros fibrome cervical. Myomectomie præfœtale à dilatation complète

Il s'agissait d'une secondipare amenée au cours du travail et chez laquelle on constatait, obstruant l'excavation, un fibrome du volume d'une grosse mandarine, occupant la lèvre postérieure du col. Après une tentative infructueuse d'application de forceps au cours de laquelle il fut impossible soit de refouler le fibrome au-dessus de la tête fœtale, soit de l'aplatir dans la concavité sacrée, on pratiqua, le forceps restant en place, l'énucléation intra-cervicale de la tumeur abaissée à la vulve, après quoi l'extraction du fœtus fut faite sans difficulté. L'enfant, né vivant, se développa normalement. Pas de tamponnement ni de sutures. Suites simples. La cicatrisation complète fut constatée avant la sortie.



## CONCLUSIONS

---

I. — Les polypes fibreux à implantation intra-utérine, assez fréquemment observés en dehors de la gestation, le sont beaucoup plus rarement pendant la grossesse ou le travail, probablement parce qu'ils empêchent dans une certaine mesure l'apparition de la grossesse.

II. — Leur diagnostic, presque impossible quand ils sont haut situés dans l'utérus, devient facile quand ils sont expulsés dans le vagin par les constatations directes du toucher : tumeur libre, pédicule pénétrant dans le col, et par l'existence à peu près constante d'hémorragies variables.

III. — Ils amènent très fréquemment l'interruption de la grossesse, soit par l'avortement (quatre cas sur neuf), soit par l'accouchement prématuré (trois cas sur vingt-trois). Ce n'est que dans 60 p. 100 des cas environ que l'accouchement se poursuit jusqu'à terme.

IV. — Au cours du travail, tantôt l'accouchement peut se faire spontanément après expulsion hors de la vulve de la tumeur pédiculée ; tantôt la présence intra-vaginale de la tumeur constitue un obstacle à l'accouchement et

nécessite une intervention. Il y a presque toujours des hémorragies plus ou moins importantes causées par la gêne de la circulation de retour par compression de la présentation sur le pédicule.

V. — En cas d'obstacle à l'accouchement une fois le diagnostic posé, il est dangereux de chercher à forcer la sortie de l'enfant par une intervention, forceps, extraction tête dernière, etc.; il faut avoir recours, quelle que soit la période de la grossesse ou du travail à laquelle la tumeur est diagnostiquée, à l'ablation du polype par ligature et section du pédicule.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
COMMANDEUR.

VU :

LE DOYEN :

JEAN LEPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 20 Février 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
P. JOUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BAR-BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements*, 1914. T. I, p. 396 et T. II, p. 495.
- BETBÈZE. — *Thèse de Toulouse*, 1913-1914.
- BICHET. — *Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1920, p. 59.
- BOURSIER. — *Ann. de Gyn.*, 1901, p. 321. — Rapp. Congrès de G. O. et P. de Nantes, 1901.
- CASTET. — *Thèse de Bordeaux*, 1906.
- CHAHBAZIAN. — *Thèse de Paris*, 1882.
- CHAVOIX. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 13 juin 1909.
- CLEISZ. — *Thèse de Nancy*, 1907-1908.
- COMMANDEUR et LACASSAGNE. — *Bull. Soc. Ob. Paris*, 1912, p. 659.
- CRISTOL. — *Thèse de Bordeaux*.
- DANYAU. — *Journal de Chir. de Malgaigue*, 1846. Vol. IV, p. 173.
- DELAGENIÈRE. — *Ann. de Gyn.*, 1900, p. 81.
- DEBAR. — *Thèse de Montpellier*, 1911-1912.
- DEMARQUAY et SAINT-VEL. — *Maladies de l'utérus*, 1876.
- DEPAUL, TARNIER et GUÉNIOT. — *Soc. de Chir.*, 1868-1869.
- DOLÉRIS. — *Gynécologie*, 1899-1900 (*Soc. O. G. et P.*, juin 1901).
- DUBOIS et PAJOT. — *Traité de l'art des accouchements*.
- FELSENREICH. — *Wien. Méd. Wochenschrift*, p. 1697.

- FIEUX. — *Bull. médical*, 1897.
- FIOLLE. — *Marseille médical*, 1910.
- FOCHIER. — *L'Obstétrique*, 1897.
- FOCHIER et COMMANDEUR. — *Ann. de Gyn.*, 1903, t. II.
- FORGUE. — *Précis de pathologie externe*, 1917.
- FORGET. — *Bull. de Théraputique*, t. XXX, 1846 (*Soc. Chir. Paris*, 1868).
- FRARIER. — Réunion obst. de Lyon, 16 avril, 1908.
- GONNET. — *Bull. de la Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris*, n° 3, 1920, p. 208-209.
- GROSSE. — *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- GUÉNIOT. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1864. — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1868-1869. — *Bull. gén. therap.*, mars 1872.
- GUYON. — *Thèse agrégation*, Paris, 1860.
- HERGOTT. — *Rev. méd. de l'Est*, 1889, p. 289. — *Ann. Gyn.*, 1889.
- HOFMEIER. — *Congrès intern. de méd.*, Paris, 1909.
- HUET. — *Soc. belge de Gyn. et Obst. intrch. mens. d'Ob. et de Gyn.*, 1914.
- JAMAIN. — *Thèse de Paris*, 1906-1907.
- JOUBERT. — *Thèse de Paris*, 1906-1907.
- KIFERLÉ. — *Wurc. Blatt*, 1875 (voir Chahbazian).
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gyn. médico-chir.*, 1901.
- LACHAPELLE (M<sup>me</sup>). — *Mémoires*.
- LAMBERT. — *Thèse de Paris*, 1870.
- LARCHER. — *Arch. de méd.*, 1867.
- LEFOUR. — *Thèse agrégation*, Paris, 1868.
- LEGAL-LASSALE. — *Thèse de Paris*, 1913-1914.
- LEJARS. — *Leçons de chirurgie*, 1895.
- LEPAGE. — *Annales de Gynécologie*, 1900.

- LEVRET. — *Mém. de l'Acad. de Chir.*, p. 545.
- MARCHAL DE CALVI. — *Ann. de Chir. française et étrangère*, 1845, p. 568.
- MÉHEUT. — *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- MÉRIEL. — *Soc. d'Obst. et Gyn. Toulouse in Arch. mens. d'Obst. et Gyn.*, 1913.
- MERRIMAN. — *Journal de Chir. de Malgaigne*, 1846.
- MICHOLSKY. — *Le Médecin praticien*, 26 mars 1913, n° 13.
- ODINOT. — *Thèse de Montpellier*, 1909.
- PINARD. — *Ann. de Gyn.* 1901, p. 165. — *Congrès d'Obs. et de Péd.*, Nantes 1901. — *Ann. de Gyn.*, 1905.
- POZZI. — *Traité de Gyn.*, 1905. — *Rev. de Chir.*, fév. 1885, p. 113.
- PUECH. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1895.
- PUJOL. — *Thèse de Montpellier*, 1896.
- RAMSBOTHAM. — *Médec. Times and Gaz.*, 1853. Cf. thèse Lambert.
- RÉMY (S). — *Revue médicale de l'Est.*, 1889, p. 65.
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obst.*, 1900.
- RICHELOT. — *Ann. de Gyn.*, 1901.
- DE ROUVILLE. — *Réun. Obst. Montpellier*, 3 fév. 1909. In *Bull. soc. d'Obst.* Paris 1908-09, p. 106.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'Art des accouchements*, 1898.
- TOISON. — *Congrès périod. inter. de Gyn. et Obs. de Bruxelles* 1892-1894, p. 462, 465.
- TILLAUX. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1874, p. 653.
- TREUB. — *Bull. de la Soc. d'Obs. de Paris*, 1904, in *Traité de Bar-Brindeau et Chambrelent*.
- TURNER. — *Thèse de Paris*, 1899-1900.
- VAUTRIN. — *L'Obstétrique*, 1899.

VELPEAU. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1864, p. 589.

VIDAL. — *Oldham Guy's hosp. Reports* 1852 et in *Thèse Lambert*, 1870.

VORON. — *Lyon Médical*, 15 oct. 1921. — *Communication Réunion Obst. et Gyn.*, Lyon 7 fév. 1921.

WEST. — *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. par Mauriac, p. 309.

YCARD. — *Thèse de Paris*, 1905.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                      | 9  |
| Etiologie et Anatomie pathologique .....                | 11 |
| Symptomatologie .....                                   | 21 |
| Evolution, Complications, Pronostic .....               | 27 |
| Diagnostic .....                                        | 29 |
| Rapports des polypes fibreux avec la puerpéralité ..... | 33 |
| Observations .....                                      | 41 |
| CONCLUSIONS .....                                       | 69 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                     | 71 |





